المجلـــد (١)، العـــدد (٢)، ينـايـر ٢٠١٤، ص ص ٩٣ - ١٤٩

برنامج ارشادي لتخفيف حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين

إعـداد
د/ هند إسماعيل إمبابى عبد النبى
مـــدرس بقســـم العلـــوم النفسيـــة
كليـــة ريـــاض الأطفـــال – جـــامعـــة القـــاهـــرة

برنامج ارشادي لتخفيف حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين

إعداد
د/ هند إسماعيل إمبابى عبد النبى (*)

ملخـــــص

هدفت الدراسة إلى تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) أمهات لأطفال صم مكفوفين، واستخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية (إعداد: الشخص، السرطاوى، ١٩٩٨)، وأعدت الباحثة برنامج إرشادى للتخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين. وقد توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين قبل وبعد التعرض للبرنامج الإرشادى على مقياس الضغوط النفسية فى اتجاه القياس البعدى، ووجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين فى القياسين البعدى والتتبعى للبرنامج الإرشادى على مقياس الضغوط النفسية فى إتجاه القياس التتبعى ، وقد أوصت الدراسة بضرورة اهتمام المراكز البحثية والجامعات بفئة الصم المكفوفين ، وضرورة إنشاء برامج خاصة بالأطفال الصم المكفوفين داخل أقسام التربية الخاصة بالكليات وإعداد كوادر عاملة فى مجال الصمم وكف البصر ، والاهتمام بالدعم المجتمعى والمادى لمساندة أسر الأطفال الصم المكفوفين .

الكلمات المفتاحية : برنامج إرشادى – الصم المكفوفين – الضغوط النفسية.

(*) مدرس بقسم العلوم النفسية – كلية رياض الأطفال – جامعة القاهرة - البريد الالكتروني: dr.hend_e@hotmail.com

مقدمة الدراسة

يأمل جميع الآباء منذ ولادة أطفالهم في مستقبل جيد وحياة ناجحة متكاملة الخيارات والأنشطة، ويؤدي تشخيص حالة الطفل الأصم الكفيف أو غيرها من الإعاقات إلى حدوث أزمة في حياة الآباء، ويشمل رد الفعل النفسي العام للآباء على التشخيص كل من مشاعر الحزن والأسى، والشعور بالذنب والغضب، بالإضافة إلى حدوث فجوة بين الآباء والطفل نتيجة لفقدان حاستي السمع والبصر، ويعد اكتشاف الصمم وكف البصر لدى الطفل بمثابة صدمة للوالدين يصاحبها ردود فعل انفعالية كالاكتئاب والقلق والغضب والشعور بالذنب والعجز، وتتزايد تلك المشاعر السلبية مع نمو الطفل ويمثل الصمم وكف البصر كإعاقات متعددة متصاحبة وما تحملها من خصائص غير مرغوبة مصدر دائم للضغوط، حيث يتطلب رعاية الطفل الأصم الكفيف جهود مكثفة ومضاعفة من الآباء؛ يصعب عليهم تحملها، فيواجهان مشكلات نفسية وأسرية، فضلاً عن المظاهر العضوية المصاحبة للضغوط، ويعني ذلك أن اكتشاف إعاقات الطفل الأصم الكفيف تمثل حدث ضاغط يسبب تغيير في الأدوار والتوقعات الوالدية حول الطفل، ويضاف إلى تلك الضغوط الانفعالية ضغوط أخرى ترتبط بالعناية بالطفل الأصم الكفيف، وتتبع مصادر الضغوط الوالدية لآباء الأطفال الصم المكفوفين من الصعوبات التي يواجهها الوالدان في محاولة اشباع الحاجات المرتبطة بتربية هؤلاء الأطفال، وما يتضمنه ذلك من تغيير في وظائفهم وأدوارهم الوالدية، ويضاعف من تلك الضغوط مطالب الرعاية الخاصة وتلبية احتياجات الطفل الأصم الكفيف، فإذا كانت تربية الطفل العادي تسبب ضغوطًا على الآباء، فإن أعباء وتكاليف تنشئة طفل مزدوج الإعاقة تزيد ثلاثة أو أربعة أضعاف أعباء وضغوط تربية الطفل العادي (Hassall; Rose & McDonald ,2005)، والطفل في هذه الحالة يحتاج إلى جهود والدية غير عادية، حيث تتطلب العناية بالطفل الأصم الكفيف إشراف مكثف وابتكار أنماط مختلفة في التواصل، والوالدان لا يملكان عادةً سوى وقت وجهد محدود لتلبية احتياجاتهم الخاصة واحتياجات باقي أفراد الأسرة، وبالنظر إلى طبيعة الضغوط السابقة، يجب توفير مساعدة متخصصة وخدمات مناسبة تسمح للآباء بخفض ضغوطهم وتحسين جودة حياتهم، والعمل على تزويد الآباء بمهارات تعامل فعالة مع ضغوطهم كالإرشاد النفسي وبرامج

التدريب على الاسترخاء والتعامل مع الضغوط، وتشكيل معاني ايجابية للحياة ومهارات حل المشكلات يمكن أن يسهم في تخفيف تلك الضغوط ومواصلة الجهود في رعاية الأطفال.

مشكلة الدراسة

آباء وأمهات الأطفال الصم المكفوفين هم الأكثر تأثرًا وتضررًا ومعاناةً بسبب حالة أطفالهم؛ ذلك لأنهم يتحملون الأعباء في معظم الأوقات ويعانون من عجز الطفل على الاستجابة لهما لأنه لا يراهم أو يسمعهم، مما يضاعف من مشاعرهم بالحزن والفشل والضغوط (Pottie; Cohen & Ingram,2009). ويواجه الآباء في سبيل محاولة التأقلم مع إنجاب أطفال من فئة الصم المكفوفين كثيرًا من الضغوط التي تنبع من تعدد وتعقيد احتياجات أطفالهم (Bakhshipour , 2011). واستنتج Plant & Sanders (2007) إلى أن آباء الأطفال متعددي الإعاقات الحسية كالصم المكفوفين يعانون من القلق أو الاكتئاب أو كلاهما، ويمثل ظهور حالة الصمم والكفافة خلال مرحلة الطفولة المبكرة تحديات فريدة وطويلة الأجل أمام الآباء، والتي تشمل الصعوبات في التواصل، وزيادة احتياجات الرعاية الطبية والتحديات التعليمية (Lederberg , 2002). كما يواجه الآباء في سبيل تربية الأطفال الصم المكفوفين مجموعة من الضغوط والتحديات المزمنة، تشمل هذه الضغوط الزيارات المتكررة لأخصائي علاج الصم المكفوفين، واحتياجات التواصل مع الطفل، وتعمل تلك الضغوط الشديدة على استهلاك جهد الآباء ووقتهم ومواردهم المالية. ونجد أن والدي الطفل الأصم الكفيف يمران بدورة من الحزن تشبه تلك التي تواجه من فقد شخص عزيز عليه نتيجة للوفاة ، ونجد أن حياة الآباء تنقلب رأساً على عقب عند اكتشاف أن أطفالهم ينتمون إلى فئة الصم المكفوفين ويضطرون إلى التوافق مع الكثير من الضغوط ويبين الكثير من الباحثين أن هؤلاء الآباء يواجهون ضغوط أكبر من آباء الأطفال العاديين (Hassall; Rose & McDonald ,2005). ويقوم هؤلاء الآباء في البداية بتغيير توقعاتهم حول أطفالهم للتوافق مع الأعباء المالية الإضافية (تحمل تكلفة الدواء، والعلاجات الإضافية، والتواصل، والحركة) الناتجة عن إعاقة الطفل (Scorgie; Wilgosh & McDonald ,1998). ويضطر أحد الآباء (الأمهات في الغالب) إلى ترك

وظائفهم بسبب الرعاية المكثفة التي يحتاجها الطفل المعاق. ويمكن أن يصل الأمر بآباء الأطفال الصم المكفوفين إلى العزلة الاجتماعية عن أسرهم وجيرانهم وأصدقائهم Mak , (2007). وتمثل تربية طفل أصم كفيف ضغوط شديدة لغالبية الآباء. ويحاول البعض منهم التأقلم مع المشكلة من خلال رسم صورة سريالية (بصرف النظر عن إذا كانت ايجابية أم سلبية) أو أنهم يتجاهلون حالة الطفل. وعلى الجانب الآخر، توجد نسبة قليلة من الآباء الذين يتقبلون حالة الطفل ويواجهونها بالرضا والكثير من الثقة بالنفس والفخر، Upadhyaya,) (2008. ويحتاج كثير من الآباء إلى شهور وربما سنوات لقبول حقيقة انجاب طفل من الصم المكفوفين. ويحتاج هؤلاء الآباء إلى الكثير من الدعم الوجداني والمعلومات.

وللتأكد من مشكلة الدراسة بشكل أكثر عمقًا قامت الباحثة بدراسة استطلاعية على عينة غير عينة الدراسة الحالية ، للتعرف على الترتيب النسبى لتلك الضغوط والاحتياجات واساليب المواجهة وفقا لأهميتها النسبية لهن، وكذلك قامت بتطبيق استمارة ملاحظة للضغوط النفسية تقدم إلى أخصائى (شريك) الطفل الأصم الكفيف للتعرف على الضغوط النفسية لدى أمهات هؤلاء الأطفال، حتى يتثنى لها إعداد البرنامج الارشادى فى ضوء ما وصلت إليه من نتائج الدراسة الاستطلاعية ، وفى ضوء ما سبق فقد اتضح للباحثة أن مشكلة الدراسة تتلخص فى تعدد الضغوط النفسية التى تواجهها أمهات الأطفال الصم المكفوفين، مما يستدعى التدخل ببرامج إرشادية وبناءً على ذلك فإن هذا الدراسة سوف يحاول أن يخفف من حدة هذه الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين.

ويمكن تحديد مشكلة الدراسة فى الأسئلة التالية:

- ما فاعلية استخدام برنامج إرشادى لتخفيف حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين؟
- إلى أى مدى يمكن أن يستمر التحسن فى تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين؟

أهميـــــة الدراســـــة

الأهميـــة النظـــريـــة

تتمثل الأهمية النظرية لهذه الدراسة فيما يلى:

- تكمن أهمية الدراسة النظرية فى أنها تقدم تراثًا نظريًا يوضح تعريفات الصم المكفوفين والضغوط النفسية، وخصائص الصم المكفوفين، والنظريات المفسرة للضغوط النفسية، والضغوط التى يمكن أن تواجه آباء الأطفال الصم المكفوفين.
- كما تكمن أهمية الدراسة فى إلقاء الضوء على واحدة من فئات الإعاقة التي تحتاج للمزيد من الاهتمام، حيث لا يستطيع أحد أن يجزم بالعدد الحقيقى للصم المكفوفين فى مصر – فى حدود علم الباحثة، حيث لا توجد أى إحصائيات حول أعدادهم حتى إن وزارة الصحة لا تدرج الإعاقة السمعية البصرية ضمن القائمة، التى تصنف الإعاقات المختلفة.
- كما تسهم الدراسة فى إلقاء الضوء عن الحديث عن حقوق الصم المكفوفين الذى كثيرًا ما يجعلنا ندور فى حلقة مفرغة، فإن كان من أبسط حقوقهم أن تتوفر لهم مدارس يحصلون من خلالها على التأهيل المناسب، فإن ذلك يستلزم وجود مدرسين أكفاء مؤهلين للتعامل معهم.
- افتقار معظم الدراسات العربية إلى دراسة هذه الفئة (الصم المكفوفين) – فى حدود علم الباحثة– حيث تناولت بعض الدراسات برامج تواصل مع الأطفال الصم المكفوفين، ولكن لا توجد برامج إرشادية قدمت لأمهات هذه الفئة للتخفيف من حدة الضغوط النفسية لديهن.

الأهميـــة التطبيقيـــة

- تسهم الدراسة فى توعية المسئولين والمختصين بأهمية إعداد كوادر عاملة فى مجال الصم المكفوفين، حيث أن التخصصات التى تدرس فى أقسام التربية الخاصة لا يندرج من بينها تخصص الإعاقة السمعية البصرية (الصم المكفوفين)، مما يفتح الباب أمام الاجتهادات الشخصية رغم أنها تصنف كإعاقة قائمة بذاتها معترف بها فى الاتفاقات

الدولية، التى وقعت عليها مصر.

- التقدم من خلال نتائج الدراسة بالتوصيات والمقترحات اللازمة نحو توجيه اهتمام المتخصصين والمراكز البحثية لمزيد من الاهتمام بدراسة الصم المكفوفين وتفسير الكثير من الجوانب والعلاقات والتفاعلات في حياة الصم المكفوفين وأسرهم.

أهداف الدراسة

١- التخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين.

٢- اختبار فاعلية البرنامج الإرشادى فى التخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين واستمراريته.

مصطلحات الدراسة

الصم المكفوفين

عُرِف الصم المكفوفين بأنهم "الأفراد ذوي الإعاقات السمعية والبصرية المتزامنة، مما يسبب لهم مشكلات شديدة في التواصل واحتياجات نمائية وتعليمية لا يمكن إشباعها من خلال البرامج الخاصة بالصم فقط أو المكفوفين فقط" National Consortium on Deaf-Blindness. (2009,1)

وتعنى الباحثة بالصمم وكف البصر حالة من تلازم الإعاقتين السمعية والبصرية تؤدى إلى ظهور إحتياجات كثيرة وعميقة فى التواصل، إضافة إلى إحتياجات نمائية وتعليمية لا يمكن تلبيتها من خلال البرامج المعدة للأطفال الصم أو المعدة للأطفال المكفوفين .

الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين

يشير هذا المصطلح إلى التأثير السيئ على الأمهات الذى يحدثه وجود طفل معاق – وما يتسم به من خصائص سلبية – لدى الوالدين فيثير لديهم ردود فعل عقلية وانفعالية أو عضوية غير مرغوبة، تعرضهم للتوتر والضيق، والقلق، والحزن، والأسى، كما قد يعانون من بعض الأعراض النفسية الجسمية التى تستنفذ طاقاتهم وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من أعمال (الشخص، السرطاوى ، ١٩٩٨ : ٣٦-٣٧).

ويقصد بها إجرائيًا الدرجة التى تحصل عليها أمهات الأطفال الصم المكفوفين على مقياس الضغوط النفسية من إعداد: الشخص، السرطاوى (١٩٩٨).

الـــبرنـــامـــج الارشـــادي

- تعرف الباحثة البرنامج الإرشادى بأنه برنامج مخطط منظم يتضمن تقديم خدمات إرشادية مباشرة وغير مباشرة لأمهات الأطفال الصم المكفوفين، وذلك بهدف خفض الضغوط النفسية الواقعة عليهن والناجمة عن إعاقة أطفالهن، وهو عبارة عن مجموعه من الجلسات الإرشادية المترابطة، وهي على شكل أنشطة وندوات ومناقشات إرشادية جماعية تدخل في إطار الإرشاد الجماعي.

إطـار نظـري ودراســات سـابقـة

ينقسم الإطار النظرى إلى محورين كالتالى:

١- الصم المكفوفين. ٢- الضغوط النفسية.

وبيان ذلك بالتفصيل فيما يلى:

١- الصـــــــم المكفـــــــوفـــــــين

الإعاقات المتعددة هي تلك الإعاقات المتلازمة (مثل إعاقة عقلية/ إعاقة بصرية أو إعاقة عقلية/ إعاقة سمعية) التي تسبب مشاكل تربوية وتعليمية شديدة للأطفال بحيث لا يستطيعون معها أن يتلقوا تعليمهم ضمن برامج التربية الخاصة التي تم إعدادها لإعاقة واحدة. فالطفل متعدد الإعاقة تكون لديه الحساسية لمختلفة العوامل البيئية التي تصل إلي درجة مأساوية حيث نجد أن الفرص أمام الباحث لإخضاع التأثيرات الخارجية أكبر بكثير منها في الظروف العادية (كامل، ٢٠١٢).

وتمثل إعاقة الصمم وكف البصر مزيج من حالات فقدان حواس البصر والسمع ، ولا يُشترط بالضرورة أن يكون الطفل أصم أو كفيف بالكامل للحصول على تشخيص الصم المكفوفين، ويحتاج الطفل إلى أن يتوافق مع ثلاثة معايير للحصول على التشخيص فضلاً عن أن تكون تلك الإعاقة مؤثرة على المستويين التعليمي والنمائي للطفل. ويواجه عادةً الأطفال الصم المكفوفين صعوبات في مجالات التقييم، والاستكشاف، والحركة، والتواصل، والمهارات الاجتماعية، والاعتماد على النفس، والجوانب الأكاديمية الوظيفية، وتخطيط الانتقال من مرحلة لأخرى. ويكون العالم بالنسبة للأطفال الصم المكفوفين ضيقاً وكئيباً. وإذا كان الطفل يعاني من صمم شديدة وكفافة تماماً، تصبح خبراته عن العالم المحيط به عادةً قاصرة على اللمس.

تعريف الصم المكفوفين

يعرف Olesen& Jansbol (2005) للصم المكفوفين بأنهم فئة من الأشخاص المعاقين في حواس الإبصار والسمع تسبب لهم مشكلات خطيرة في التواصل، الحصول على المعلومات، تحديد اتجاههم والتوافق مع البيئة المحيطة بهم.

وعلى الجانب الآخر، أصدرت Norwegian Association for the Deaf Blind (2007) تعريفاً لهذه الفئة جاء فيه: الصمم وكف البصر إعاقة مميزة تشمل عيوب بدرجات متفاوتة في حاستي السمع والإبصار معاً ، وتؤدي الحالة إلى إعاقة والحد من أنشطة الشخص ومشاركته العامة في المجتمع إلى الحد الذي يحتم على المجتمع توفير خدمات وتعديلات بيئية وتكنولوجيا خاصة لهم.

كما عرف Moller (2008,14) الصمم وكف البصر بأنه " إضطراب متغير الخواص، فالشخص الذي يحمل تصنيف الأصم الكفيف يعاني عادةً من درجات متفاوتة من فقدان حاستي السمع والابصار مما يتطلب نمط من العمل المتواصل لدعمهم"

أما National Consortium on Deaf-Blindness (2009,1) فقد عرفت الصم المكفوفين بأنهم " الأفراد ذوي الإعاقات السمعية والبصرية المتزامنة، مما يسبب لهم مشكلات شديدة في التواصل واحتياجات نمائية وتعليمية لا يمكن إشباعها من خلال البرامج الخاصة بالصم فقط أو المكفوفين فقط".

وتشير الباحثة إلى أن الأطفال الصم المكفوفين هم الذين يعانون من تلازم الإعاقة السمعية والبصرية بدرجة شديدة، ويقصد بشدة الصمم والكفافة أن الأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة لا يستطيعون الاستفادة من الخدمات المقدمة للأفراد من ذوي الإعاقة السمعية أو من تلك المقدمة لذوي الإعاقة البصرية (فعلى سبيل المثال لا يستطيعون قراءة الشفاة أو الإشارات البصرية، ولا يستطيعون فهم الكلام في الظروف العادية). وعليه فالصمم والكفافة تتسبب في صعوبات بالغة فيما يتعلق بكل من التعليم، التدريب، الحياة العملية، الحياة الاجتماعية،

الأنشطة الثقافية وإمكانية الوصول للمعلومات، كما أن مثل هذه الصعوبات تقلل من فرص الاستفادة من البقايا البصرية والسمعية الموجودة لديهم؛ لذا فلابد من النظر للصمم والكفافة بصفتها إعاقة قائمة بذاتها تحتاج لأساليب خاصة للتواصل وأساليب خاصة لتخطي احتياجات الحياة اليومية.

خصائص الصم المكفوفين

تشمل أبرز الخصائص المرتبطة بالصمم وكف البصر أن فقدان الحاستين يحدان من قدرة الفرد على الحصول على المعلومات السمعية والبصرية. على الجانب الآخر، يحتاج الأطفال الصم المكفوفين إلى مناهج تعليمية مختلفة عن غيرهم ممن لديهم إعاقة سمعية أو بصرية فقط، ويشير Enerstvedt (2006) إلى أنه عند تأثر حاستي السمع والإبصار خاصةً في سن مبكر، تتأثر معها الفرص الطبيعية للطفل أمام التعلم والتواصل.

أما عن خصائص نمو الأطفال الصم المكفوفين

- تقل يقظة وإنتباه الأطفال الصم المكفوفين لما يدور من حولهم لإفتقادهم إلى المثيرات السمعية والبصرية، ولا ينتبهون لما يدور حولهم إلا من خلال التواصل اللمسي الذي يتم بمعرفة الأسرة والقائمين على رعايتهم.
- تتأخر ظهور الإبتسامة على وجه الطفل الأصم الكفيف لمدة ستة أشهر منذ ولادته، وهذا شيء طبيعي فالابتسامة تظهر على وجه الطفل العادي عادة عندما يتعرض إلى مثيرات سمعية بصرية لمسية وهو الأمر الذي لا يتوافر للطفل الأصم الكفيف.
- يفتقد الأصم الكفيف إلي مواقف المحاكاة التي تُعد ضرورية لتحقيق النمو العام خاصة النمو اللغوي والحركي، فالتعليم يعتمد أساساً على المحاكاة السمعية والبصرية، لذلك فإن إفتقاد الطفل الأصم الكفيف إلى تلك المحاكاة يؤدي إلى حرمانه من العديد من فرص التعليم والتعلم.
- يجد الأصم الكفيف صعوبة شديدة في القدرة على بدء التفاعل الاجتماعي مع من حوله بسبب إعاقته الحسية المزدوجة التي تؤثر في قدرته على توسيع مجال تفاعله

الاجتماعي، وبالتالي يؤثر في نموه العقلي والاجتماعي واللغوي والحركي، فالأصم الكفيف غالباً ما تجده وحيداً ما لم يقم أحد بالاقتراب منه ولمسه تمهيداً للتواصل معه.

- ينتاب بعض الأطفال الصم المكفوفون بعض الثورات الانفعالية والغضب، وهذه الثورات الانفعالية قد تأخذ عدة أشكال، فقد يقوم بالإطاحة بالأشياء التي من حوله، وقد يضرب برأسه في الحائط أو الأرض، وقد يقوم بقضم يده وإيذاء نفسه جسمياً.
- بعض الأطفال الصم المكفوفين في بداية عمرهم قبل حصولهم على التدريب يقومون بأداء حركات عشوائية بلا معنى أو هدف مثل قيام البعض بإمالة رأسه أو جسمه، أو يقوم بتحريك يديه حركات مفاجئة وأحياناً يظل جالساً في مكانه ساكناً لا يتحرك لمدة طويلة دون أن يبدي أي اهتمام بما يدور حوله، وهذه السلوكيات نتيجة التجاهل شبه التام الذي يعاني منه الطفل ممن حوله.
- يظل الأصم الكفيف ملتصقاً بأمه طوال الوقت خلال سنوات عمره الأولى، ويعتمد عليها اعتماداً كبيراً في كل شؤون حياته.
- يميل الطفل الأصم الكفيف إلى استخدام الألعاب الجسمية التي تعتمد على التلامس وعلى الحركات المتكررة وفقاً لتسلسل معين، مثل قيام الكبار باستخدام أصابعهم في عملية (الزغزغة) ومداعبته في أسفل باطن قدمه، وغيرها من الألعاب اللمسية.
- يميل الطفل الأصم الكفيف إلى التمركز حول الذات نتيجة عدم قدرته على التواصل مع الآخرين، وبالتالي يتعرض للتجاهل من قبل الآخرين.
- يمتلك الطفل الأصم الكفيف القدرة على النمو العقلي بصورة طبيعية، ولكن هذا النمو لن يتحقق، إلا من خلال تلقيه تدريبات متنوعة على كيفية التواصل مع الآخرين للخروج من عزلته، وتدريبه على المهارات الحياتية المختلفة.
- يعتمد مفهومهم للأشياء المختلفة وإدراكهم لها علي ما يمكن أن يكونوا قد تلقوه من تدريبات لمسية وعلي الفرص المتاحة لتناول وتداول تلك الأشياء **(الاتحاد النوعي لرعاية الفئات الخاصة، ٢٠١٠، أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة ،٢٠١١، الزهراني، ٢٠١١)**.

٢- الضغـــــــــوط

تحدث الضغوط عادةً نتيجة لأزمة، ويمكن أن تظهر بصورة مطولة في حياة بعض الناس ومن الممكن أن تتراكم الضغوط بمرور الوقت مما تتطلب نوع من التدخل والذي يمكن أن يشمل البرامج الإرشادية (Lederberg ,2002). ومن بين أنواع الضغوط التي يمكن أن تصبح طويلة الأجل هي تلك الناجمة عن أبوة الأطفال وخاصةً الأطفال ذوي الإعاقات المزدوجة لذا ينبغي فهم ذلك النوع من الضغوط نتيجة الارتباط الوثيق بين الأبوة السلبية وتدهور نتائج نمو الطفل، وتعتبر الضغوط نوع من المشاعر المعقدة التي تتأثر بكثير من العوامل، مما يستدعي إستخدام العديد من المجالات لتحليلها (Pipp-Siegel; Sedey & Yoshinaga-Itano , 2002). وقد صنف الضغوط الوالدية إلى ثلاثة أنواع تشمل: الضغوط التي مصدرها الطفل، والضغوط النابعة من الآباء، وتلك النابعة من التفاعل بين الآباء والطفل ويلقي التصنيف السابق بالضوء على حقيقة أن كل من الآباء والأطفال يتأثرون بمتغيرات مختلفة. وعند النظر إلى العوامل المؤثرة في الضغوط الوالدية، يجدر الاهتمام بأي من المتغيرات التي يمكن أن تؤثر على قدرة الآباء في تربية الأطفال، ويمكن أن تشمل تلك العوامل المرضية منها مثل الاكتئاب والقلق، وبالتالي، تتأثر أدوار الأبوة مما يؤثر بدوره على أنماط الارتباط، والكفاءة، والصحة العامة للآباء وتوافقهم النفسي.

تعـريف الضغـوط

عرفها Dore (2001,3) بأنها "الحالة التي يتعرض لها الفرد نتيجة لظروف أو مطالب تفرض عليه نوع من التوافق ومستوى الضغط النابع من احساس الوالدين وادراكهم لخصائص أطفالهم ونوع العلاقة الاجتماعية السائدة بينهم ودور الوالدين في المسؤولية والتوجيه والرعاية والدعم والتشجيع تجاه أطفالهم".

وعرف Deater-Deckard (2004,6) الضغوط على أنها "مجموعة من العمليات التي تؤدي إلى تفاعلات نفسية وفسيولوجية تجنبية تنبع من محاولات التأقلم مع متطلبات الأبوة".

أما Alzaeem; Sulauman & Gillani (2010) فعرف الضغوط النفسية بأنها حالة من عدم قدرة الفرد على التوافق مع التهديد المدرك – سواء أكان حقيقيًا أم متخيلًا للصحة : النفسية، الجسدية، الإنفعالية، الروحية، والتي تنتج سلسلة من الإستجابات الفسيولوجية.

النظريات المفسرة للضغوط

نظرية هانز سيلي

يرى سيلي أن الضغوط تتكون من تلك المجموعة من ردود الفعل التي أطلق عليها التكيف العام، فالجسم – عادة – يقابل التحدي للبيئة ويتكيف مع الضغوط، ووفقاً لسيلي فإن التكيف العام يتكون من ثلاثة مراحل:

- **الأولى: مرحلة الإنذار (التنبيه)**، وفيها تم استثارة الجهاز العصبي المستقل والجهاز الغدي، ويظهر الجسم تغيرات مميزة للتعرض المبدئي للضاغط، وفي نفس الوقت ينخفض مستوى المقاومة.
- **الثانية: مرحلة المقاومة**، وفيها يحاول الجسم التكيف مع المطالب الفسيولوجية التي تقع على كاهله، وذلك بمقاومة مصدر التهديد، وعندما يكون الضاغط مستمراً يتم استنزاف طاقة الجسم على المقاومة ويدخل الكائن الحي في المرحلة الثالثة.
- **الثالثة: مرحلة الاستنزاف (الانهاك)**، وفيها تنهك طاقة الكائن اللازمة للتكيف، ويحدث الانهيار الصحي ومعاناة الجسم من تلف أو ضرر لا يمكن إيقافه بعد التعرض لفترة طويلة لمثير ضاغط، وقد تظهر علامات استجابة الإنذار من جديد أو يموت الكائن الحي **(عبد المعطي، ٢٠٠٦)، (Jackson, 2004).**

نظرية اسبيلبرجر

ويهتم سبيلبرجر في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة، ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها، ويحدد العلاقة بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة، فالفرد في هذا الصدد يقدر الظروف الضاغطة التي أثارت حالة القلق لديه ثم يستخدم الميكانيزمات الدفاعية المناسبة

لتخفيف الضغط (كبت،إنكار، إسقاط) أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح بالهرب من الموقف الضاغط. وإذا كان سبيلبرجر قد اهتم بتحديد خصائص وطبيعة المواقف الضاغطة التي تؤدي إلى مستويات مختلفة لحالقة القلق، إلا أنه لا يساوي بين المفهومين (الضغط، القلق) وذلك لأن الضغط النفسي وقلق الحالة يوضحان الفروق بين خصائص القلق كرد فعل انفعالي والمثيرات التي تستدعي هذه الضغوط، فالقلق كعملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغط وتبدأ هذه العملية بواسطة مثير خارجي ضاغط. ويميز سبيلبرجر أيضاً بين مفهوم الضغط ومفهوم التهديد، فكلاهما مفهومين مختلفين، فكلمة ضغط تشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما كلمة تهديد فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف أي بمعنى توقع خطر أو إدراك ذاتي للخطر **(الرشيدي، ١٩٩٩)**.

نظرية الذات لروجرز

ركز روجرز على استبصار الفرد بذاته والخبرات التي خبرها فأنكرها أو حرفها، ثم على محاولة التقريب بينها، وأحداث التطابق بين الذات والخبرات، مما يعطي الفرد الفرصة لنمو سليم ومتوافق ويصبح إنساناً سوياً ومتكامل الأداء، وترتبط هذه النظرية بما يسمى بالإرشاد والعلاج المتمركز حول المسترشد. إذ يصف روجرز الإرشاد والعلاج الجماعي بأنه يقدم مساعدة للأفراد والجماعات في مواقف الاضطراب النفسي والصراع والضغوط، وأن لكل فرد قدرات داخلية يمكن استخدامها لفهم ذاته وتعديل مفهومه عن ذاته وتعديل سلوكه واتجاهاته نحو الآخرين، وهذا يحتاج إلى تواصل المرشد والمسترشد من خلال تهيئة الجو المناسب للتخلص من الضغوط النفسية، وهنا يقوم المسترشد بتوجيهه نحو النضج الانفعالي وحل مشكلاته بنفسه **(الغرير، أبو أسعد، ٢٠٠٨)**.

وقد استخلصت الباحثة علاقة الصمم وكف البصر بالضغوط على النحو التالى :

ظهرت العديد من الدراسات حتى الآن تناولت معدلات الضغوط بين آباء الأطفال الصم المكفوفين، وقد أسفرت تلك الدراسات عن نتائج متناقضة، وكان من بين تلك الدراسات ما أجراه Quittner ; Steck & Rouiller (2007) والتي استخدمت كل من مقاييس عامة

وأخرى مرتبطة بالمواقف للضغوط مع عينة ضمت (٩٦) من آباء الأطفال الصم المكفوفين (متوسط عمر الأطفال ما بين ٢-٥ سنوات) و(١١٨) من آباء الأطفال العاديين ممن يتوافقون معهم في السن والنوع، وأسفرت الدراسة عن ملاحظة مستويات مرتفعة من الضغوط على كل من المقاييس العامة (مقياس الضغوط الوالدية) والمقاييس المرتبطة بالمواقف (مقياس الضغوط الأسرية). وتم مساندة نتائج الدراسة خلال دراسة تالية على آباء (٢٤) طفل من الصم المكفوفين، وفي دراسة أخرى، قام Meadow-Orlans (1994) بتقييم الضغوط لدى (٢٠) من آباء الأطفال في سن (٥) سنوات من المُشخصين بالصمم والكفافة، ولم تلاحظ الدراسة أي فروق دالة احصائياً في درجات الضغوط بين مجموعة آباء الأطفال الصم المكفوفين وغيرها من الإعاقات، على الرغم من ذلك، سجلت نسبة (٢٥٪) من الأمهات في مجموعة الأطفال الصم المكفوفين بالمقارنة مع نسبة (٥٪) فقط في عينة الأطفال ذوي الإعاقات الأخرى، وبالتالي، من المحتمل أن قوة مقاييس الضغوط المستخدمة في الدراسة لم تكن بالقوة الكافية للتوصل إلى نتائج دالة إحصائياً. وربما تكون النتائج السابقة تأثرت بالمستوى التعليمي للآباء والاكتشاف المبكر لحالة الصمم وكف البصر بين الأطفال مثلاً في سن (٧) شهور والتي ساهمت في خفض درجات الضغوط نظراً لأن توقعات التواصل محدودة خلال الطفولة، وبالتالي، أشار الباحث إلى أن الضغوط تتزايد مع نمو الأطفال الصم المكفوفين وتصبح الفجوة في التواصل بين الآباء وأطفالهم أكثر وضوحاً، وفي دراسة مطولة أخرى.

كما استخلصت الباحثة أبرز الضغوط التي يمكن أن تواجه آباء الأطفال الصم المكفوفين كما يلى:

ضغوط التواصل

يمثل الطفل الأصم الكفيف مشكلات وضغوط كبيرة بالنسبة للآباء، حيث يتعين على آباء هذه الفئة من الأطفال ضمان إتصال الطفل بالعالم الذي يفوق نطاق وصول أعينهم وآذانهم، فبالنسبة للآباء العاديين ذوي الأطفال الصم المكفوفين، يصبح الاتصال بين الآباء والأطفال تحدياً كبيراً لأن الآباء يجب أن يتعلموا كيفية التواصل مع أطفالهم بدلاً من مجرد الاعتماد على استراتيجيات الاتصال الفطرية. وبصرف النظر عن نمط الاتصال الذي يستخدمه

الآباء مع الأطفال الصم المكفوفين، فإنهم يواجهون صعوبة في محاولة تبديل عادات الاتصال المتعلمة باستراتيجيات جديدة. ويمكن أن ينتج عن هذه العملية تشتيت في التفاعلات وهو ما يؤثر بالسلب على أدوار ومسؤوليات آباء الأطفال الصم المكفوفين (Tamis-LeMonda; Uzgiris & Bornstein , 2002). كما يواجه الآباء تحدي ضرورة دمج الأطفال الصم المكفوفين لحظة بلحظة في تيار الحياة والبيئات المادية المحيطة بهم، وإذا عجز الآباء عن تلبية هذه الاحتياجات، سوف يصبح الطفل منعزلاً وعديم الفرصة للنمو والتعلم، وبهذا تكون صعوبات التواصل تمثل مصدر الضغوط الرئيسية لآباء الأطفال الصم المكفوفين في المجمل.

ضغوط التوجيه والحركة

يحتاج الطفل الأصم الكفيف إلى المساعدة في تعلم الحركة في العالم المحيط من حوله، وهو ما يمثل تحدياً أمام الآباء لأنهم يمثلون المصدر الرئيسي لتعليم الأطفال تلك المهارات، وتزداد الضغوط على آباء هذه الفئة نتيجة لحاجتهم ليس فقط المساعدة على الحركة بل أيضاً توفير الدافع اللازم لهؤلاء الأطفال للتحرك والتوجه السليم في حركتهم (Osborne & Reed ,2010) ، ويضطر الآباء إلى مساعدة أطفالهم الصم المكفوفين على الحركة من خلال جذب انتباههم للمساحة المادية من حولهم، مع تقديم المكافآت لهم بانتظام عبر مثيرات تشجعهم على المزيد من الحركة وهو ما يمثل أعباء كثيرة عليهم، وتزداد الضغوط المادية على الآباء عند استدعاء أخصائي في التوجيه والحركة لأطفالهم من الصم المكفوفين بالإضافة إلى الضغوط المالية الإضافية لاستدعاء معالجين وظيفيين وغيرهم من المتخصصين لتخطيط مساحات الحركة الملائمة للأطفال (Noojn ,1997).

ضغوط تتعلق بتعليم الطفل الأصم الكفيف

يحتاج الأطفال الصم المكفوفون إلى تعليم فردي عالي الخصوصية، نظراً لأن القنوات المحدودة المتاحة لديهم للتعلم تحتم ضرورة تخطيط برنامج لكل طفل يلبي أساليب تعلمه الفريدة واهتماماته. ويقع على عاتق آباء هؤلاء الأطفال مهمة اختيار المسار التعليمي لطفلهم الأصم الكفيف في ضوء تلك الإعاقات الحسية الشديدة، ويزيد من شدة الضغوط النفسية لآباء الصم المكفوفين أن اختيار النظام التعليمي الغير ملائم لهم يمكن أن يزيد من سوء عجزهم عن التواصل مع البيئة المحيطة بهم والتعلم حولها، ويجد آباء الأطفال

الصم المكفوفين أنفسهم أكثر مشاركة وتحملاً لظروف التعليم الاستثنائية لأطفالهم (Westling , 2007). في الواقع، كما يواجه هؤلاء الآباء مسؤولية تحسين المهارات الحياتية للطفل الأصم الكفيف كجزء مكمل من خبرات تعليم الطفل في المنزل، وربما تتطلب هذه المسؤوليات تدريب وتعليم خاص للآباء أنفسهم، فآباء الطفل الأصم الكفيف يحتاجون إلى التعاون مع الأخصائيين والمؤسسات التأهيلية لضمان وضع خطة تعليم فردي منطقية وملائمة لاحتياجات الطفل ويمكن أن يشعر الآباء بالاحباط نتيجة لفشل أطفالهم عن التوافق مع التوقعات التعليمية ضمن أهداف خطة التعليم الفردي.

وقد استخلصت الباحثة أن تربية وتعليم الأطفال الصم المكفوفين تواجه العديد من التحديات التعليمية التي يمكن ذكرها في النقاط التالية :

- تعدد مستويات فقدان السمع والرؤية لدى الأطفال الصم المكفوفين الأمر الذي يترتب عليه تعدد طرق التواصل، وطرق واستراتيجيات التدريس، وتنوع الوسائل والمواد التعليمية، والمعينات السمعية والبصرية، كما ستتنوع البرامج التأهيلية الخاصة بهؤلاء الأطفال، مما يعني أن التعليم في تلك البرامج سيعتمد على التعليم الفردي وفقا لخصائص كل حالة على حده، وهو ما يتطلب القيام بتقييم احتياجات كل حالة بمفردها، ليتم في ضوء هذا التقييم وضع البرنامج التعليمي المناسب.
- يحتاج البرنامج التربوي الفردي، الخاص بالأطفال الصم المكفوفين إلى وجود فريق عمل متخصص يجمع بين المعلم والطبيب والأخصائي النفسي والاجتماعي وأخصائي التأهيل الحركي ومرافق الطفل (الشريك) بالإضافة إلى الوالدين، ووجود كل هؤلاء الأشخاص يحتم ضرورة وجود تنسيق فيما بينهم بحيث يتم تخطيط وتنفيذ برنامج تربوي متكامل للطفل الأصم الكفيف، وعلى هذا الفريق العمل على التخطيط المستمر في ضوء التقويم المرحلي لمدى تقدم الطفل، ومراقبة الطفل للتعرف على ما حققه من نجاح والتركيز على جوانب القوة لدى الطفل وتدعيمها، وجوانب القصور والعمل على التغلب عليها، مع ضرورة التركيز على مشاركة أولياء الأمور كأعضاء فاعلين في البرنامج.
- ندرة أدوات القياس والتقويم التي تتناسب مع طبيعة الأطفال الصم المكفوفين.

- ندرة وجود المعلمين أو المتخصصين المؤهلين للقيام برعاية وتعليم الصم المكفوفين، نظراً لعدم وجود برامج تعليمية متخصصة على مستوى الدول العربية لإعداد هؤلاء المتخصصين، كما أن أقسام التربية الخاصة الموجودة في الجامعات العربية، نادراً ما يوجد بها مقررات ضمن خطة الدراسة تتعلق بمتعددي الإعاقة بصفة عامة والصم المكفوفين بصفة خاصة.

الضغوط الاقتصادية

إن وجود طفل أصم كفيف في الأسرة يستنزف من إمكانيات وموارد الأسرة، لما تنفقه على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية له، وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياة الشخص الأصم الكفيف، وتعتبر مصاريف الرعاية الصحية المرهقة، وتكاليف الخدمات الضرورية، ومحدودية دخل الأسرة ضغوط شائعة تواجه آباء الأطفال الصم المكفوفين، وتعتبر الأجهزة التأهيلية، والرعاية الطبية، ووسائل المواصلات الخاصة من بين الأعباء المالية على كاهل أسرة الأطفال الصم المكفوفين، وتتفاقم الأعباء المالية على آباء الأطفال الصم المكفوفين لأنه في الأسر ذات الوالدين (الأب والأم معاً)، يستطيع أحدهما فقط العمل بينما يبقى الآخر في المنزل لتوفير الرعاية الضرورية للطفل الأصم الكفيف، مما يسبب انخفاض شديد في دخل الأسرة، ويسبب ذلك السيناريو أعباء وضغوط أشد على الأب أو الأم الذين يعيشون بمفردهم مع الصم المكفوفين (Moore; Howard & McLaughli, 2002).

التوافر والقدرة على الحصول على الخدمات اللازمة

يجب أن نعتبر أن ضرورة الحصول على خدمات الإعانة اللازمة للأطفال الصم المكفوفين (Karp & Bradley ,1991) حق من حقوقهم، ويمثل تأمين هذه الخدمات الملائمة مسؤولية تنطوي على الضغوط للآباء، ويمكن أن تسبب عملية المطالبة بالخدمات اللازمة للأطفال متعددي الإعاقة العديد من الصعوبات والإحباطات للآباء نتيجة للإجراءات البيروقراطية، وتنوع مقدمي الخدمات للأطفال، والتوصيات المتضاربة من المتخصصين، وقوائم الانتظار وغيرها، وحتى مع توافر الخدمات اللازمة، يتطلب سرعة التنقل بين برامج الرعاية ضغوط على الآباء تتمثل في التعرض المستمر للخيارات المصيرية في حياة الطفل الأصم الكفيف.

العلاقات الأبوية والأسرية

فضلاً عن التأثير على الوظيفية الأسرية، تنطوي تربية الطفل الأصم الكفيف على تأثيرات سلبية على علاقات الآباء مع بعضهم البعض وعلى تفاعل الأسرة العام مع الأشخاص المحيطين بهم، وينتشر في الأسر ذات الأطفال الصم المكفوفين حالات الطلاق بين الوالدين وتشوه العلاقة بين الآباء والأطفال، ويمكن أن يسبب تشوه هذه العلاقات مشكلات نفسية اجتماعية تشمل الاكتئاب، والعزلة، وزيادة مستويات الضغوط، والمشكلات الصحية (Blacher ,.2004)

الضغوط الاجتماعية

أن وجود طفل أصم كفيف يؤثر على علاقات الأسرة الخارجية، فقد تسود مشاعر الخجل من إظهار الطفل المعاق للمجتمع مما يقلل من فرص تواصل الأسرة لتفادي أية مواقف محرجة وبالتالي العزلة، ويتعرض الآباء أيضاً لضغوط اجتماعية أكثر من آباء غيرهم من الأطفال العاديين، ويشمل ذلك المواقف والظروف التي تتطلب تغييراً في أنماط الحياة الاجتماعية، ويزداد انشغال الأم أو الأب في بعض الأحيان بشكل كبير بالطفل الأصم الكفيف مما يقلل من تلبية احتياجات بقية الأطفال في الاسرة، إضافة إلى العلاقة بين الزوجين وحدوث الكثير من المشكلات الأسرية.

الضغوط النفسية

يواجه آباء الأطفال الصم المكفوفين ضغوط نفسية تبدأ منذ إعلامهم بأن لدى إبنهم إعاقة مزدوجة، حيث تحدث الصدمة، ومشاعر الإنكار والرفض، وقد يمتد الأمر إلى الشعور بالذنب والاكتئاب ولوم الذات، وإسقاط المشاعر على الآخرين من أطباء ومختصين وأقارب، وقد يشمل الأمر مدى قدرة الفرد على القيام بالسلوك المقبول اجتماعياً.

ونجد أن هناك عدد قليل من البحوث التي تناولت الصحة النفسية لآباء الأطفال الصم المكفوفين وشملت أبرز الأعراض النفسية الواردة في تلك الدراسات كل من القلق والاكتئاب Chia; Mitchell; Rochtchina;Foran; Golding & Wang (2006). وفي الدراسة التي أجراها Harada; Nishiwaki; Michikawa; Kikuchi;Iwasawa & Nakano

.(2008), أسفرت النتائج عن زيادة أخطار الاكتئاب وضعف الصحة النفسية العامة بين عينة الآباء والأمهات الصم ما بين (٣٣-٤٧) عام. كما أجرى Fujiwara & Lee (2008) دراسة هدفت إلى بحث تأثير الإعاقات السمعية والبصرية للأطفال على الضغوط النفسية للآباء والأجداد في الولايات المتحدة، وتكونت عينة البحث من (١٤) طفل ما بين (٣-٣.٦) سنوات يعانون من حالات الصمم والكفافة الشديدة وفقاً لتشخيص المركز السويدي لتشخيص الإعاقات بالإضافة إلى آبائهم وأجدادهم (٣٥) شخص ما بين (٢٨-٦٣) عام، واستعانت الدراسة بمقياس الضغوط النفسية للراشدين وتوصلت النتائج إلى أن الإعاقات السمعية والبصرية لها تأثيرات متفاوتة على الآباء والأجداد أبرزها الشعور بالتوتر والقلق والاكتئاب، ويؤكد Hartley; Ojwang; Baguwemu; Ddamulira & Chavuta (2005) إلى أن التأثيرات البدنية والوظيفية لإعاقة الأطفال الصغار تنعكس بالسلب على الحالة النفسية والتوافق لدى الآباء.

فـــروض الـــدراســـة

١- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين قبل وبعد التعرض للبرنامج الارشادى على مقياس الضغوط النفسية فى اتجاه القياس البعدى.

٢- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين فى القياسين البعدى والتتبعى للبرنامج الارشادى على مقياس الضغوط النفسية فى اتجاه القياس التتبعى.

إجـــراءات الـــدراســـة

نعرض فيما يلى الإجراءات التى إتبعتها الباحثة من حيث منهج الدراسة والعينة والأدوات المستخدمة ووصف لإجراءات الدراسة يتضمن التطبيق العملى والمعالجات الإحصائية.

منهـــج الـــدراســـة

استخدمت الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبى Experimental Method لمناسبته لطبيعة الدراسة، وذلك باستخدام التصميم التجريبى ذو المجموعة الواحدة وبإتباع القياس القبلى

والبعدى للمجموعة.

حدود الدراسة

- **الحدود البشرية:** تتمثل عينة الدراسة فى (١٠) أمهات (لطفل أو طفلة) أصم كفيف.
- **الحدود الجغرافية:** تم تطبيق الدراسة الميدانية للدراسة فى: المؤسسة المصرية لرعاية الصم المكفوفين، والأكاديمية العربية لذوى الإحتياجات الخاصة(مركز سوا).
- **الحدود الزمنية:** تم تطبيق الدراسة على مدى ثلاثة أشهر ونصف (٢٤) جلسة، بواقع (٢) جلسة أسبوعيًا، وتراوحت مدة الجلسة من (٦٠) دقيقة – (٩٠) دقيقة وقد وصلت فى بعض الجلسات إلى (١٢٠) دقيقة.

مجتمع وعينة الدراسة

تتمثل عينة الدراسة فى (١٠) أمهات (لطفل أو طفلة) أصم كفيف تم تطبيق البرنامج الإرشادى عليهن. ويوضح الجدول التالى وصف عينة الدراسة (أمهات الصم المكفوفين) كالآتى: جدول (١)

جدول (١)
بعض الخصائص الديموغرافية للعينة

م	السن	المؤهل	الوظيفة	عدد الأطفال
١	٤٥	غير متعلمة	ربة منزل	٤
٢	٣٣	كلية طب	طبيبة	٢
٣	٣٥	كلية تربية	معلمة	٢
٤	٤٤	كلية هندسة	مهندسة	٣
٥	٣٨	كلية آداب	ربة منزل	٣
٦	٥١	كلية تربية	معلمة	٤
٧	٣٤	مؤهل متوسط	ربة منزل	٣
٨	٣٢	كلية تجارة	ربة منزل	٤
٩	٣٥	مؤهل متوسط	ربة منزل	٣
١٠	٣٦	مؤهل متوسط	ربة منزل	٢

تجـــانـــس العينـــة

قامت الباحثة بايجاد التجانس بين أمهات الأطفال الصم المكفوفين من حيث الضغوط النفسية باستخدام اختبار كا^2، وقد جاءت النتائج على النحو التالى كما يتضح من جدول (٢)

جدول (٢)

دلالة الفروق بين أمهات الأطفال الصم المكفوفين من حيث الضغوط النفسية باستخدام اختبار كا^2 ن = ١٠

المتغيرات	كا^2	مستوى الدلالة
أعراض نفسية عضوية	٠.٢٠	غير دالة
مشاعر يأس واحباط	٠.٨٠	غير دالة
مشكلات معرفية ونفسية للطفل	٠.٨٠	غير دالة
مشكلات أسرية وإجتماعية	٢	غير دالة
القلق على مستقبل الطفل	٠.٨٠	غير دالة
مشكلات الأداء الاستقلالى للطفل	٣	غير دالة
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	٢	غير دالة
الدرجة الكلية	٠.٨٠	غير دالة

يتضح من جدول (٢) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين من حيث الضغوط النفسية مما يشير إلى تجانس أفراد المجموعة.

أدوات الـــدراســـة

مقياس الضغوط النفسية

إعداد الشخص والسرطاوى (١٩٩٨) ويتكون من ثمانين عبارة تقيس سبعة عوامل للضغوط هى: الأعراض النفسية والسيكوسوماتية، ومشاعر اليأس والاحباط، والمشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية والاجتماعية، والقلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الإستقلالى للطفل، وعدم القدرة على تحمل أعباء الطفل اديا ومعنويا.

أبعاد الضغـــوط النفسيـــة بالمقياس

- **الأعراض النفسية والسيكوسوماتية:** وتشمل الحزن والقلق والتوتر ولوم الذات والإحباط وضيق التنفس وفقدان الشهية العصبي وارتفاع ضغط الدم والألم في المفاصل والمعدة والأمعاء.

- **مشاعر اليأس والإحباط:** ويشمل ذلك الإحساس بأن الوالدين هما سبب الإعاقة ومشاعر الرفض والتجنب الاجتماعي من الأقارب والأصدقاء.
- **المشكلات المعرفية والنفسية للطفل:** وتشمل قلق وتوتر الوالدين بسبب صعوبة الفهم والانتباه وضعف الثقة بالنفس وعدم التكيف مع الأقران والأسرة.
- **المشكلات الأسرية والاجتماعية:** وتتضمن مشكلات الوالدين بسبب الإعاقة وقلة العلاقات الاجتماعية.
- **القلق على مستقبل الطفل:** وتتضمن الخوف والقلق على مستقبل الطفل وذلك لمحدودية إمكانياته وحرص الوالدين على توفير الحماية الزائدة.
- **مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل:** وتتضمن مشاعر القلق والألم بسبب عجز الطفل عن القيام بالوظائف الاستقلالية الضرورية مثل ارتداء الملابس واستخدام الحمام وتناول الطعام والمحافظة على نظافته والاتزان في الحركة والمشي.
- **عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل:** ويشمل المتطلبات الكثيرة التي يحتاجها الطفل مادياً ومعنوياً.

ويهدف لمعرفة أنواع الضغوط التى يعانى منها آباء وأمهات ذوى الاحتياجات الخاصة، ولقد تم تقنين المقياس على عينة بلغت (٨٩٢) ، وتميز بدرجة ثبات تتراوح بين (٦٤-٩١)، باستخدام الاتساق الداخلى طريقة ألفا كرونباخ، وتم حساب الصدق بطريقة التحليل العاملى وكشف عن تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق (الشخص، السرطاوى، ١٩٩٨).

الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الصدق والثبات لمقياس الضغوط النفسية على عينة قوامها (١٠٠) أم من أمهات الأطفال ذوى الاعاقة على النحو التالي:

الصدق العاملي:

قامت الباحثة بإجراء التحليل العاملي التحققي لبنود المقياس حيث استخرجت معاملات الارتباط بين فقرات المقياس وتم تحليلها عاملياً بطريقة المكونات الأساسية Principal Components لهوتلنج Hoteling وتم تحديد قيم التباين للعوامل (الجذر الكامن) Eigen Value والتى لا تقل عن واحد صحيح على محك كايزر Kaiser لتحديد عدد العوامل المستخرجة ذات التشبعات الدالة، ثم أديرت العوامل تدويراً متعامداً بطريقة Varimax، هذا وقد

اعتبر محك التشبع الجوهري للعامل وفقاً لمحك جليفورد، والذي يكون ذو دلالة احصائية عندما يعادل ٠.٣٠ فأكثر. ويشير جدول (٣) إلى نتائج التحليل العاملي بعد تدوير المحاور.

جدول (٣)

نتائج التحليل العاملي لمقياس الضغوط النفسية بعد تدوير المحاور بطريقة **Varimax**

الرقم	الأبعاد	معامل الصدق
١	أعراض نفسية عضوية	٠.٦٤
٢	مشاعر يأس واحباط	٠.٧٤
٣	مشكلات معرفية ونفسية للطفل	٠.٧٣
٤	مشكلات أسرية وإجتماعية	٠.٥٧
٥	القلق على مستقبل الطفل	٠.٨٨
٦	مشكلات الأداء الاستقلالى للطفل	٠.٨١
٧	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	٠.٦٩

أسفرت نتائج التحليل العاملي عن سبعة أبعاد يتراوح الجذر الكامن لها من (٣.٧ – ١.٠٢) وهى دالة إحصائياً حيث قيمة كل منها أكبر من الواحد الصحيح على محك كايزر. ويتضح من جدول (٣) أن تشبعات هذه الأبعاد بالعامل العام دالة إحصائيا مما يشير إلى صدق المقياس.

معامل الثبات باستخدام معادلة الفا - كرونباخ:

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات لمقياس الضغوط النفسية بإستخدام معادلة الفا – كرونباخ، وذلك على عينة قوامها (١٠٠) أم من أمهات الأطفال ذوى الاعاقة على النحو التالي:

جدول (٤)

معاملات الثبات لمقياس الضغوط النفسية باستخدام معادلة الفا - كرونباخ

الرقم	الأبعاد	معامل الثبات (الفا)
١	أعراض نفسية عضوية	٠.٧٥
٢	مشاعر يأس واحباط	٠.٧٤
٣	مشكلات معرفية ونفسية للطفل	٠.٧١
٤	مشكلات أسرية وإجتماعية	٠.٧٣
٥	القلق على مستقبل الطفل	٠.٧٤
٦	مشكلات الأداء الاستقلالى للطفل	٠.٧٣
٧	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	٠.٧٠
الدرجة الكلية		٠.٧٢

يتضح من جدول (٤) ارتفاع قيمة معامل الثبات مما يدل على ثبات الإختبار.

ثانيا: البرنامج الارشادى (إعداد الباحثة)

قامت الباحثة بإعداد البرنامج الارشادى للتخفيف من حدة الضغوط النفسية لأمهات الأطفال الصم المكفوفين حيث:

١- تم الإطلاع على المراجع والدراسات السابقة والبرامج الإرشادية المرتبطة بضغوط ومشكلات آباء ذوى الإحتياجات الخاصة بصفة عامة مثل الرشيدي (١٩٩٩)، كاشف (٢٠٠٠)، عواد (٢٠٠٥)، عبد المعطي (٢٠٠٦)، الغرير، أبو أسعد (٢٠٠٨)، كاشف (٢٠٠٩)، عبد الحفيظ (٢٠١٠)، الزهراني (٢٠١١) ، حماد (٢٠١٢)، والاطلاع على الدراسات الأجنبية التى اشتملت على برامج ارشادية خاصة بضغوط والدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مثل Pritzlaff (2001)، Hongngam (2003)،(2005), Anthony et al., Dukmak (2009).

٢- تم تحديد الأهداف العامة للبرنامج الإرشادى.

٣- تم تحديد الأنشطة الإرشادية المناسبة لكل هدف مع الحرص على التكامل بين هذه الأنشطة فيما بينها.

٤- تم وضع جلسات البرنامج الإرشادى.

٥- تم عرض جلسات البرنامج الإرشادى على المتخصيصن فى مجال التربية الخاصة والبرامج والصحة النفسية وكذلك على بعض الاستشاريين والخبراء فى مجال الاعاقة السمعية البصرية (الصم المكفوفين) وكذلك الاخصائيين (شريك الطفل الأصم الكفيف).

٦- تم إجراء بعض التعديلات بناءً على آراء السادة المحكمين والخبراء.

٧- تم التوصل إلى البرنامج الارشادى فى صورته النهائية.

الأسس التى يقوم عليها البرنامج

اعتمدت الباحثة على أسلوب الإرشاد الجماعي والذى يقوم على فهم الإنسان بوصفه كائناً اجتماعياً، وأنه من خلال الجلسات الإرشادية يمكن إتاحة الفرصة للتعبير عن المشاعر

والإحتياجات وتفريغ الشحنات الانفعالية وبالتالى الضغوط النفسية من خلال الإرشاد الجماعي، وقد راعت الباحثة استعداد الفرد وحقه في التوجيه والإرشاد كأساس من أسس الارشاد النفسى، وكذلك حق الفرد فى التقبل دون قيد أو شرط، وراعت الباحثة أيضاً قابلية السلوك للتعديل والتغيير، وأن يرتكز البرنامج على خصائص الأمهات، واحتياجاتهم، وكذلك مراعاة الفروق الفردية بينهن، وكذلك الضغوط النفسية التى تعانين منها، وتشجيع الأمهات على المشاركة فى الجلسات الارشادية المقدمة من خلال البرنامج.

الخدمات التى يقدمها البرنامج

تتمثل الخدمات المباشرة فى مساعدة أمهات الأطفال الصم المكفوفين فى التخفيف من حدة الضغوط النفسية لديهن، أما الخدمات غير المباشرة فهى تتضمن خدمات إجتماعية تتمثل فى تدعيم العلاقات بين الأمهات أثناء الجلسات الإرشادية مما يزيد من إحساسهن بالدعم الإجتماعى وإشباع بعض الإحتياجات المعرفية الخاصة بأطفالهن، وخدمات إنسانية تتمثل فى الإهتمام بأمهات الصم المكفوفين اللاتى هن فى حاجة ملحة إلى الدعم والمساندة ومشاركتهن مشاعرهن فى الأنشطة الخاصة بالتفريغ الانفعالى، ومساعدتهن على حل مشكلاتهن كلما أمكن.

التخطيط العام للبرنامج

تشتمل عملية التخطيط العام للبرنامج على تحديد الأهداف العامة والإجرائية، ومحتواه العملى، والإجرائى كالإستراتيجيات، والأساليب المتبعة فى تنفيذ الجلسات الإرشادية، وتحديد المدى الزمنى للبرنامج، وعدد الجلسات الإرشادية ومدة كل جلسة، ومكان إجراء البرنامج.

الأهداف العامة للبرنامج الإرشادي

- التخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين.
- التخفيف من حدة الأعراض النفسية والسيكوسوماتية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين.
- التخفيف من حدة مشاعر اليأس والإحباط لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين.
- التخفيف من حدة المشكلات المعرفية والنفسية للطفل لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين.

- التخفيف من حدة المشكلات الأسرية والاجتماعية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين.
- التخفيف من حدة القلق على مستقبل الطفل لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين
- التخفيف من حدة مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين.
- التخفيف من حدة عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين.

جدول (٥)
محتـــــوي الجلســـــات

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة
الجلسة الأولى	التعريف بالبرنامج الإرشادى ونظام الجلسات	تعارف وكسر الحواجز بين الباحثة وأفراد المجموعة. أن يتعرف الوالدين على الهدف من البرنامج ونظام الجلسات. أن تُنشط الباحثة دافعية الوالدين نحو البرنامج.
الجلسة الثانية	الإعاقة السمعية البصرية، تعريفها وأسبابها.	يتعرف الأمهات على طبيعة الإعاقة لدى أولادهم. تدرك الامهات أسباب الإعاقة.
الجلسة الثالثة	خصائص النمو فى مرحلة الطفولة	تتعرف الأم على خصائص نمو طفلها. تدرك الأم دورها فى تلبية احتياجات الابن.
الجلسة الرابعة	أساليب رعاية الطفل المعاق	تتعرف الأمهات على أساليب الرعاية المختلفة
الجلسة الخامسة	الخدمات المجتمعية المقدمة للأطفال المعاقين	تتعرف الأم على أهم الخدمات التى تقدم لأبنائهم. تدرك أهمية الخدمات المقدمة لأبنائهن.
الجلسة السادسة	المشكلات التى تتعرض لها الاسرة وكيفية التغلب عليها	تتعرف الأم على أنواع المشكلات المختلفة التى تواجههن. تدرك الام الطرق المختلفة للحل المشكلات.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة
الجلسة السابعة	الضغوط النفسية لدى الأمهات	تتعرف الأم أنواع الضغوط التى تواجهها.
الجلسة الثامنة	عود الثقاب	تدرك الأمهات مشكلتهن. التحدث عن مشاعر اليأس والأحباط التى يواجهونها. التفريغ الانفعالى.
الجلسة التاسعة	مشكلتى فى رسمتى	التبصير بالمشكلة. · التزويد بالمعلومات عن أعضاء المجموعة. تفريغ انفعالي.
الجلسة العاشرة	وبشر الصابرين "ايوب عليه السلام"	التبصير بالمشكلة. الحصول على الدعم الدينى .
الجلسة الحادية عشر	صندوق المشاعر	التبصير بالمشكلة. التفريغ الانفعالى. تقوية الثقة بالنفس.
الثانية عشر	سيكودراما	التبصير بالمشكلة. · تفريغ انفعالي.
الثالثة عشر	الدعم الاجتماعى	البقاء على الدعم الاجتماعي وأيضا دعم نفسي من قبل المجموعة لبعضهم البعض.
الجلسة الرابعة عشر	كيف تنمى مهارات التواصل مع طفلك	تتعرف الأمهات على نماذج من الأنشطة التى تنمى مهارات التواصل للأطفال
الجلسة الخامسة عشر	أهم الممارسات فى مواجهة الضغوط النفسية	تتعرف الأمهات على أهم الطرق التى تساعدهم فى مواجهة الضغوط لديهم
الجلسة	خبرات وممارسات	تتعرف على الأمهات على خبرات أمهات لأطفال

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة
السادسة عشر	م (إ)	صم مكفوفين قد قطعن مشوار طويل من أطفالهن
الجلسة السابعة عشر	تحدث عن نفسك	تدرك الأم المشكله التى تعانى منها تشعر الأمهات بالراحة النفسية. التفريغ الانفعالى.
الجلسة الثامنة عشر	خبرات وممارسات م (أم م)	تتعرف على الأمهات على خبرات أمهات لأطفال صم مكفوفين قد قطعن مشوار طويل من أطفالهن
الجلسة التاسعة عشر	شخصيات فى حياتنا	حث على المشاركة. تفريغ الإنفعالى.
الجلسة العشرين	خبرات وممارسات الاخصائى /الشريك (ك)	تتعرف على الأمهات على بعض ارشادات التعامل مع الطفل.
الجلسة الواحدة والعشرين	عكس المشاعر	مشاركة الأمهات بعضهن البعض فى المشاعر.
الجلسة الثانية والثالثة والعشرين	خبرات وممارسات الاخصائى /الشريك (ك)	تنمية مهارات التواصل.
الجلسة الرابعة والعشرين	تقييم البرنامج الإرشادى	التعرف على أهم الأهداف التى حققها البرنامج

الأسلوب الإرشادي المستخدم

أسلوب الإرشاد الجماعي لما يتميز به هذا الأسلوب من مزايا فهو يعلم الأطفال قيمة التعاون واحترام الآخرين وتدريبهم على التفاعل الاجتماعي السليم والمشاركة الإيجابية.

الفنيات الإرشادية المتبعة

المناقشة الجماعية والحوار، الندوات، النمذجة، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي.

الحدود الإجرائية للبرنامج

أ) **مكان تنفيذ البرنامج:** تم تنفيذ البرنامج فى المؤسسة المصرية لرعاية الصم المكفوفين.

ب) **العينة:** تم تنفيذ البرنامج على عينة مكونة من (١٠) أمهات لأطفال صم مكفوفين.

ج) **المدة الزمنية:** واستغرق البرنامج حوالى ثلاثة أشهر ونصف (٢٤) جلسة، بواقع (٢) جلسة أسبوعيًا، وتراوحت مدة الجلسة من (٦٠) دقيقة – (٩٠) دقيقة وقد وصلت فى بعض الجلسات إلى (١٢٠) دقيقة.

تحكيم البرنامج

تم تحكيم البرنامج من قبل (١٠) من الأستاذة المتخصصين فى التربية الخاصة وعلم النفس والصحة النفسية والمناهج وطرق التدريس واستشاريين في الإعاقة السمعية البصرية.

الخطوات الإجرائية للبحث

١- **القياس القبلى:** تم تطبيق مقياس الضغوط النفسية على أمهات الأطفال الصم المكفوفين، وقد تم ذلك على مدار أسبوعين فى الفترة من (٢٠١٣/٢/٩) حتى (٢٠١٣/٢/٢٠).

٢- **تطبيق البرنامج الإرشادى:** قامت الباحثة بتطبيق البرنامج الإرشادى مع أمهات الأطفال الصم المكفوفين وذلك فى الفترة من (٢٠١٣/٢/٢٣) حتى (٢٠١٣/٥/١٥).

٣- **القياس البعدى:** قامت الباحثة بتطبيق مقياس الضغوط النفسية على أمهات الأطفال الصم المكفوفين، وقد تم ذلك فى الفترة من (٢٠١٣/٥/٢٥) حتى (٣٠ /٢٠١٣/٥).

٤- **القياس التتبعى:** قامت الباحثة بتطبيق مقياس الضغوط النفسية على أمهات الأطفال

الصم المكفوفين، بعد مرور أسبوعين من تطبيق القياس البعدى وذلك بهدف قياس تتبع فاعلية البرنامج الإرشادى وقد تم تطبيق القياس التتبعى على الأمهات فى الفترة من (٢٠١٣/٦/١٥) حتى (٢٠١٣/٦/٢٠).

الدراسة الاستطلاعية

قامت الباحثة بعمل دراسة استطلاعية قبل إعداد البرنامج الإرشادى وذلك على عينة قوامها (١٦) أم (طفل /طفلة) أصم كفيف . وفيما يلى عرض لأهدافها وإجراءاتها ونتائجها:

١- أهداف الدراسة الاستطلاعية

- التعرف على الضغوط النفسية والإحتياجات وأساليب مواجهة هذه الضغوط لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين.
- التعرف على الترتيب النسبى لهذه الضغوط والإحتياجات وأساليب المواجهة بالنسبة لأمهات الأطفال الصم المكفوفين.
- تحديد العينة التى سوف يطبق عليها البرنامج الارشادى.
- تحديد الأنشطة والفنيات الارشادية التى يمكن الاستعانة بها فى الجلسات بناءًا على ترتيب الضغوط والاحتياجات وأساليب المواجهة التى سوف يتم التوصل إليها من نتائج الدراسة الاستطلاعية.
- التعرف على أهم الصعوبات التى قد تواجه الباحثة أثناء تطبيق البرنامج.
- تحديد الأوقات المناسبة لتطبيق البرنامج.

٢- إجراءات الدراسة الاستطلاعية

- قامت الباحثة بتطبيق مقياس الضغوط النفسية والإحتياجات وأساليب المواجهة على أمهات الأطفال الصم المكفوفين (١٦) أم من المؤسسة المصرية لرعاية الصم المكفوفين، والأكاديمية العربية لذوى الاحتياجات الخاصة(مركز سوا) .
- عمل مقابلة مع الإخصائيات (شريك الطفل الأصم الكفيف) (٧) أخصائيات من المؤسسة المصرية لرعاية الصم المكفوفين، والأكاديمية العربية لذوى الاحتياجات

الخاصة (مركز سوا) للتعرف على ضغوط وإحتياجات وأساليب مواجهة أمهات الصم المكفوفين كما تدركها الإخصائيات .

٣- نتائج الدراسة الاستطلاعية

- التعرف على الترتيب النسبى للضغوط النفسية للأمهات (من الأمهات ومن الإخصائيات "الشريك") .
- التعرف على إحتياجات أمهات الصم المكفوفين وبالتالى محاولة تلبية بعضها كلما أمكن فى جلسات البرنامج الإرشادى مثل الإحتياجات المعرفية.
- التعرف على أساليب مواجهة الأمهات لهذه الضغوط وبالتالى استخدامها كاستراتيجيات دعم لمساندة الأمهات أثناء الجلسات مثل استخدام الأساليب الوجدانية والعقائدية المتمثلة فى الارشاد الدينى واستخدام قصص الأنبياء والتأكيد على الصبر على الابتلاء.
- التعرف على المدى الزمنى المناسب للجلسة بالنسبة لظروف الأمهات والتى تمثلت فى (ساعة ونصف إلى ساعتين).

وللوصول لتلك النتائج كانت خطوات الباحثة كالتالى

أولاً : قامت الباحثة بايجاد متوسطات درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين:

من حيث الضغوط النفسية وقد جاءت النتائج على النحو التالى ، كما يتضح فى جدول (٦)

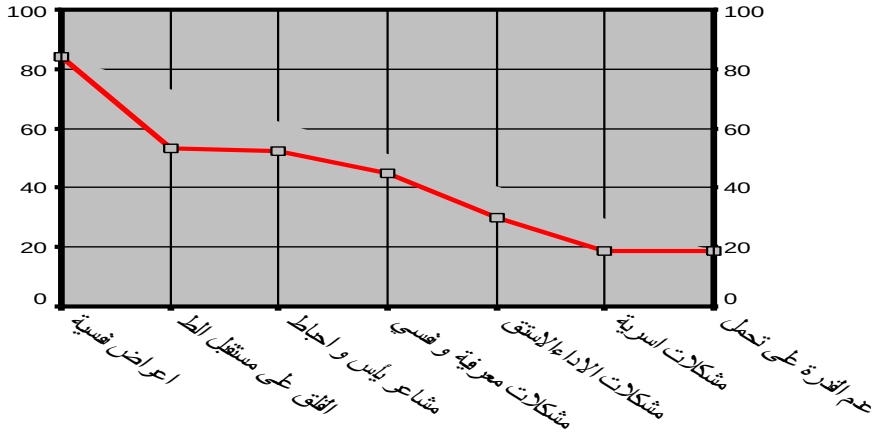
جدول (٦)

متوسطات درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين من حيث الضغوط النفسية

المتغيرات	المتوسطات
أعراض نفسية عضوية	٨٤
القلق على مستقبل الطفل	٥٣.٢
مشاعر يأس واحباط	٥٢.١
مشكلات معرفية ونفسية للطفل	٤٤.٩
مشكلات الأداء الاستقلالى للطفل	٢٩.٧
مشكلات أسرية وإجتماعية	١٨.٧

عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	١٨.٦

ويوضح شكل (١) ترتيب الضغوط النفسية كما يدركها أمهات الأطفال المكفوفين.



شكل (١)
ترتيب الضغوط النفسية كما يدركها أمهات الأطفال الصم المكفوفين

أى أن ترتيب الضغوط النفسية كما تدركها أمهات الأطفال الصم المكفوفين بالترتيب هى : أعراض نفسية عضوية، القلق على مستقبل الطفل ، مشاعر يأس واحباط، مشكلات معرفية ونفسية للطفل، مشكلات أسرية وإجتماعية، مشكلات الأداء الاستقلالى للطفل، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل. وهذا يتفق مع ما توصل إليه عبد الغنى (٢٠٠٨) أن الآباء والأمهات قاموا بترتيب الضغوط النفسية التي يعانون منها حسب أهميتها بالنسبة لهم على النحو التالى أعراض نفسية عضوية، القلق على مستقبل الطفل، مشكلات معرفية ونفسية للطفل، مشاعر يأس واحباط، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل ، مشكلات الأداء الاستقلالى للطفل، مشكلات أسرية وإجتماعية، أى أن الأعراض النفسية والجسمية ما تشمله من الحزن والقلق والتوتر ولوم الذات والإحباط وضيق التنفس وفقدان الشهية العصبي وارتفاع ضغط الدم والألم في المفاصل والمعدة والأمعاء. هى نتيجة تتفق مع طبيعة المشكلة حيث تبين ارتفاع مستوى الضغوط بين أمهات الصم المكفوفين مثل آباء وأمهات ذوى الاحتياجات الخاصة، وقد أجرى Stolarski (2000) دراسة هدفت إلى معرفة مستويات الضغط التي يعاني منها أفراد أسر المعاقين بصرياً والأطفال المعاقين بصرياً ومتعددي الإعاقة. وتمت الدراسة على (١٠٨) أسرة

تم تقسيمهم كالتالي: (٤٩) أسرة لها طفل معوق بصرياً، (٥٩) أسرة لها طفل معوق بصرياً ومتعدد الإعاقة. وقد أشارت النتائج إلى ارتفاع درجة والدي الأطفال المعاقين بصرياً ومتعددي الإعاقة أكثر من درجة والدي الأطفال المعاقين بصرياً فقط في مقياس: ١- مقياس الأمراض. ٢-مقياس جودة الحياة، ٣-الإعاقة المعرفية، ٤-مقياس الأعباء الأسرية، ٥- مقياس الضغوط المادية. كما أشارت الدراسة إلى أن أسر الأطفال المعاقون بصرياً ومتعددي الإعاقة يعيشون ضغوطاً نفسية في العديد من المجالات.وهذا يتفق أيضاً مع ما توصل إليه Malloy (2007) أن آباء الأطفال الصم المكفوفين يعانون من كثيرمن عوامل خطورة الضغوط، ولا تمثل الضغوط على المدى القصير مشكلة كبيرة لكنه يؤدي بمرور الوقت إلى مشكلات صحية تتمثل في ارتفاع مستويات الكوليسترول في الجسم، وخلل في إفراز هرمون الستروبد من الغدة الكظرية التي تؤثر على النظام الطرفي، مما يؤثر بالسلب على الصحة الجسمية والعقلية. ثم يأتى القلق على مستقبل الطفل ويتضمن الخوف والقلق من المستقبل الذي ينتظر الطفل، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه كاشف (٢٠٠٩) أن ترتيب الاحتياجات الأسرية هى تأمين مستقبل الطفل المعاق، الحاجات المعرفية، الحاجات المرتبطة برعاية الطفل ثم الحاجات المرتبطة بالمجتمع، ثم الحاجات المادية، والدعم ومساندة الزوج تأتى فى المرتبة الأخيرة. ويتفق أيضاً مع ما توصل إليه Zembat & Yields (2010) أن أحد المصادر الأساسية للضغط الوالدي لدى آباء الأطفال الصم المكفوفين تتمثل في القلق بشأن مستقبل الطفل ومصيره، وهذا ما أكدته لى معظم الأمهات أن ما يؤرقهن هو مصير الطفل فعدم معرفة الأم بما يحمله المستقبل من مفاجآت بالنسبة للطفل الأصم الكفيف يزيد من الضغط عليها، ولكن معظم الأمهات بعد هذا الكلام كانوا يذكرون أنهن فوضن أمرهن لله وأن المستقبل بيد الله، كما أن الأمهات كانت تؤكد على أنهن يخشين على مستقبل الطفل بعد موت الأم بعد موت الأم أو حتى مرضها بمرض مزمن لا تستطيع معه رعاية هذا الطفل ولكنهن تعدن الكرة مرة أخرى ويذكرن اللى خلقهم مش هينساهم، ثم تأتى مشاعر اليأس والإحباط التي تشمل ذلك الإحساس بأن الوالدين هما سبب الإعاقة ومشاعر الرفض والتجنب الاجتماعي من الأقارب والأصدقاء، وقد يكون سبب ذلك أن الخصائص النفسية لأمهات الأطفال الصم المكفوفين تختلف عن تلك الخاصة بأمهات الأطفال العاديين، فأمهات الأطفال العاديين تواجهن ضغوط تتعلق بتربية الطفل عموماً وتحمل

مسئوليته، في حين تواجه أمهات الأطفال الصم المكفوفين ضغوط نفسية إضافية نظراً لتعدد إعاقة أبنائهن قد تصل شدتها إلى ما يشبه الضغوط المرتبطة بموت أحد الأشخاص المقربين، ثم تأتى المشكلات المعرفية والنفسية للطفل وتشمل قلق وتوتر الوالدين بسبب صعوبة الفهم والإنتباه وضعف الثقة بالنفس وعدم التكيف مع الأقران والأسرة وقد يكون تفسير ذلك أن الأطفال الصم المكفوفون يحتاجون إلى تعليم فردي عالي الخصوصية، نظراً لأن القنوات المحدودة المتاحة لديهم للتعلم تحتم ضرورة تخطيط برنامج لكل طفل يلبي أساليب تعلمه الفريدة واهتماماته، ونجد أيضاً أن وجود طفل أصم كفيف في الأسرة يؤثر على علاقات الأسرة الخارجية، فقد تسود مشاعر الخجل من إظهار الطفل المعاق للمجتمع مما يقلل من فرص تواصل الأسرة لتفادي أية مواقف محرجة، ثم تأتى مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل وتضم مشاعر القلق والألم بسبب عجز الطفل عن القيام بالوظائف الاستقلالية الضرورية لحياته مثل ارتداء الملابس واستخدام الحمام وتناول الطعام والمحافظة على نظافته والاتزان في الحركة والمشي فنجد أنه على سبيل المثال الطفل الأصم الكفيف يحتاج إلى المساعدة في تعلم الحركة في العالم المحيط من حوله، وهو ما يمثل تحدياً أمام الآباء لأنهم يمثلون المصدر الرئيسي لتعليم الأطفال تلك المهارات، وتزداد الضغوط على آباء هذه الفئة نتيجة لحاجتهم ليس فقط المساعدة على الحركة بل أيضاً توفير الدافع اللازم لهؤلاء الأطفال للتحرك والتوجه السليم في حركتهم Osborne & Reed , 2010)، ثم تأتى المشكلات الأسرية والاجتماعية وتتضمن مشكلات الوالدين بسبب الإعاقة وقلة العلاقات الاجتماعية، حيث أشار Blacher (2004) إلى أن تربية الطفل الأصم الكفيف تنطوى على تأثيرات سلبية على علاقات الآباء مع بعضهم البعض وعلى تفاعل الأسرة العام مع الأشخاص المحيطين بهم، وينتشر في الأسر ذات الأطفال الصم المكفوفين حالات الطلاق بين الوالدين وتشوه العلاقة بين الآباء والأطفال، ويأتى فى المرتبة الأخيرة عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل وتشمل المتطلبات الكثيرة التي يحتاجها الطفل مادياً ومعنوياً، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه دراسة Moore; Howard & McLaughli (2002) أن وجود طفل أصم كفيف في الأسرة يستنزف من إمكانيات وموارد الأسرة، لما تنفقه على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية له، وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياة الشخص الأصم الكفيف، وأعتقد أنها

جاءت فى المرتبة الأخيرة بالنسبة للباحثة حيث أن الأمهات تعى جيدا أن الباحثة لا يمكنها حل مثل هذه المشكلة مفردها ولكن هن يعملن أنهن فى احتياج إلى مساندة من المجتمع بمؤسساته لحل مثل هذه المشكلة الضاغطة عليهن.

ثانياً : ترتيب أساليب المواجهة كما يدركها أمهات الصم المكفوفين

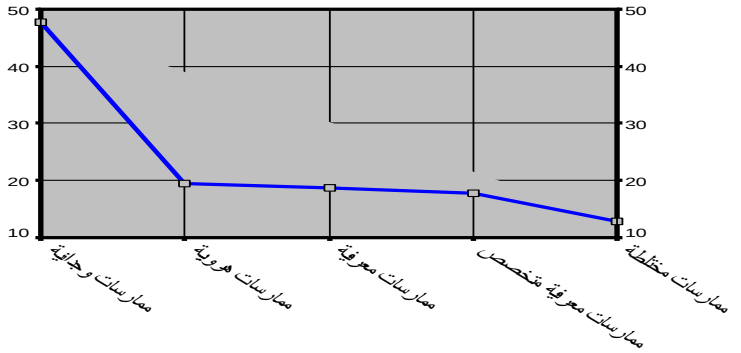
فقد قامت الباحثة بايجاد متوسطات درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين من حيث أساليب المواجهة وقد جاءت على النحو التالى كما يتضح فى جدول (٧)

جدول (٧)

متوسطات درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين من حيث أساليب المواجهة

المتغيرات	المتوسطات
ممارسات وجدانية وعقائدية	٤٧.٧
ممارسات هروبية	١٩.٤
ممارسات معرفية وعامة	١٨.٧
ممارسات معرفية متخصصة	١٧.٨
ممارسات مختلطة	١٢.٧

ويوضح شكل (٢) ترتيب أساليب المواجهة كما يدركها أمهات الأطفال الصم المكفوفين.



شكل (٢)

ترتيب أساليب المواجهة كما يدركها أمهات الأطفال الصم المكفوفين

أى أن ترتيب أساليب المواجهة كما تدركها أمهات الأطفال الصم المكفوفين هى على الترتيب: ممارسات وجدانية وعقائدية، ممارسات هروبية، ممارسات معرفية وعامة، ممارسات معرفية متخصصة، ممارسات مختلطة. وهذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه كل من الشخص، السرطاوي (١٩٩٨) في دراستهما التي أجريت في المملكة العربية السعودية. كما تتفق مع ما

أشار إليه عبد الغنى (٢٠٠٨) أن الآباء والأمهات قاموا بترتيب أساليب مواجهة الضغوط النفسية التي يعانون منها حسب أهميتها بالنسبة لهم، وهي ممارسات وجدانية وعقائدية وتشمل تقبل الإعاقة والتعايش معها والتوجه إلى الله لحل المشكلة، وهذه النتيجة منطقية لما لهذه الممارسات من تأثير في بث روح الصبر والتحدي لدى الأمهات، ولا يمكننى أن أنسى أبدا ما ذكرته لى إحدى الأمهات (عن لسانها) " قبل ما ربنا يهدينى كده والتزم بالصلاة والقرآن واسمع كلام الشيخ فى الجامع، كنت أقعد أمام الفراخ والبط والقطط وأقول يا سلام يعنى هو ربنا خد من البنى آدمين العنين والسمع كمان وخلى الحيوانات ده عندها عنين كده، طب ما كان البنى آدمين أولى "، ثم قالت استغفر الله العظيم يارب ده كان زمان طبعا لكن بعد كده استغفرت ربنا وبقيت بأقول الحمد لله اللى ربنا بيحبه بيفتكره دايما، وبعد كده فكرت إنى أتنازل عن عينى لبنتى، بس الدكاترة قالوا لى مينفعش عشان فى ضمور ومش هينفع ننقل لها عينك، ومن ساعتها وأنا بأشكر ربنا إنه فاكرنا دايما، وهناك أحد الأمهات ذكرت لى " لما الناس بتتكلم بتقول اللى يشوف بلاوى الناس بتهون عليه بلوته إحنا بقى يا دكتورة هند بلاوى الناس ما هو مفيش إعاقة أو مصيبة أكبر من اللى احنا فيها ده لا بيشوف ولا بيسمع فى إيه تانى أكبر من كده، يعنى اللى ما بيشوفش بيتعلموا ليه طريقة برايل واللى مش بيسمع بيتعلموا لغة الاشارة طب احنا نعمل إيه " ولكن سرعان ما ترد عليها إحدى الامهات قائلة " البلوة دة هى اللى هتدخلك الجنة بس لو صبرتى عليها ، ده امتحان من ربنا لينا ولازم نصبر " وهذا ما يؤكد أن الممارسات العقائدية والوجدانية من الممارسات الهامة التى يجب التأكيد عليها فى البرامج الارشادية متمثلة فى الارشاد الدينى وقصص الأنبياء .... ، ثم تأتى الممارسات الهروبية والتجنبية: وتشمل تجنب تحمل المسؤولية والتهرب منها وعدم اصطحاب الطفل في الأماكن العامة، ويحضرنى هنا أيضا ما ذكرته لى إحدى الأمهات من أنها قد تلجأ فى بعض الأحيان أن تتخلص من مشكلات زوجها المستمرة بسبب الطفل بأن تجعله يقيم عند جدته، عشان تحاول إن البيت يمشى شوية زى بيوت الناس التانية، خروج واهتمام بباقى الأطفال وإهتمام بالزوج وهكذا، وكذلك هناك إحدى الأمهات ذكرت أنها تريد أن تعرف أماكن إيوائية يمكن أن تترك فيها الطفل تخص فئة الصم المكفوفين، حيث أنها ذهبت لأماكن متعددة ولكن فى النهاية يتم تسليمها الطفل لعدم قدرتهم على التواصل معه لفترات طويلة (هذه المشكلة سببها كما ذكرت ندرة وجود كوادر عاملة فى هذا المجال، واعتبار بعض من هذه المؤسسات العملية تجارية

ولكن الطفل بهذا الشكل عبئ عليهم ولا يستطيعون تلبية احتياجاته الكثيرة جدا جدا)، وقد يكون السبب فى تقدم الممارسات التجنبية والهروبية على الممارسات المعرفية العامة، والممارسات المعرفية المتخصصة تشير إلى أن الآباء والأمهات يتخذون الممارسات الهروبية والتجنبية كأساليب لمواجهة الضغوط الناتجة عن الإعاقة بسبب عدم توافر المعلومات والمراكز والمؤسسات والخدمات التى تقدم لهذه الفئة لذا تلجأ الأمهات وخاصة عير المتعلمات إلى استخدام الممارسات التجنبية والهروبية قبل المعرفية رغم إهتمام بعض الأمهات بالجانب المعرفي والمعلوماتي عن مشكلة الابن الأصم الكفيف إلا أن عدم توافر هذه الممارسات قد أدى بهم إلى اللجوء إلى الممارسات الوجدانية والعقائدية والهروبية التجنبية، ثم تأتى فى الترتيب الأخير الممارسات المختلطة.

ثالثاً : ترتيب الإحتياجات كما يدركها أمهات الأطفال الصم المكفوفين

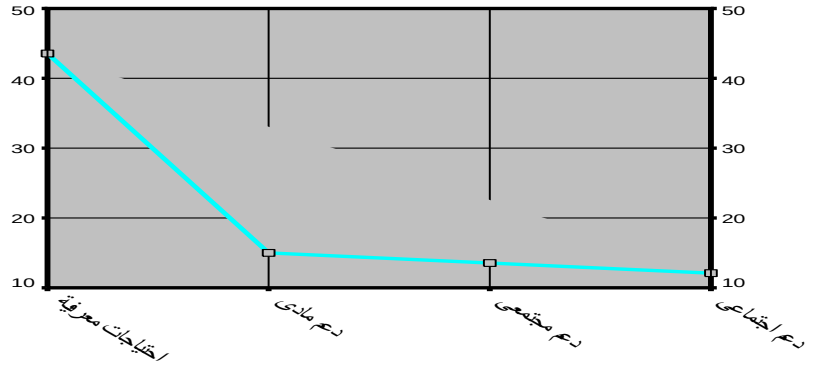
فقد قامت الباحثة بايجاد متوسطات درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين من حيث الإحتياجات وقد جاءت النتائج على النحو التالى كما يتضح فى جدول (٨)

جدول (٨)

متوسطات درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين من حيث الاحتياجات

المتغيرات	المتوسطات
احتياجات معرفية	٤٣.٥
دعم مادى	١٥
دعم مجتمعى	١٣.٥
دعم اجتماعى	١٢.٠٧

و يوضح شكل (٣) ترتيب الاحتياجات كما يدركها أمهات الأطفال ذوى الاعاقة السمعية البصرية.



شكل (٣)
ترتيب الاحتياجات كما يدركها أمهات الأطفال الصم المكفوفين

أى أن ترتيب الاحتياجات كما تدركها أمهات الصم المكفوفين هى على الترتيب : إحتياجات معرفية، دعم مادى، دعم مجتمعى، دعم اجتماعى، وهذا يتفق مع ما تم التوصل إليه الشخص والسرطاوي (١٩٩٨) حيث توصلا إلى أن ترتيب الاحتياجات هو المعرفية، والدعم المادي، والمجتمعي، والاجتماعي، وما توصل إليه Sontag (1993) من وجود زيادة في احتياجاتهم المعرفية والمادية العاطفية. كما أشار Hadadian & Merbler (1995) إلى زيادة حاجة أولياء الأمور إلى التدخل المبكر (حيث الحاجة المعلومات، والدعم)، وما توصل إليه Evert (1996) من وجود احتياجات في المعلومات، والتدريب على أساليب الرعاية للآباء، وما اشارت إليه نتائج دراسة Chen & Simeonsson (1994) حيث اتضح أن الحاجات المعرفية احتلت المرتبة الأولى لدى الآباء يليها الحاجة إلى الدعم المادي، ثم الخدمات الطبية، وما توصل إليه الخطيب والحسن (٢٠٠٠) في دراستهما حيث جاء ترتيب الاحتياجات الحاجة للمعلومات، ثم الحاجة للدعم، فالحاجات المالية، فالحاجة للخدمات المجتمعية، ثم الحاجة المرتبطة بوظيفة الأسرة. وتتفق هذه النتيجة إلى حد كبير مع ما توصلت إليه كاشف (٢٠٠٩: ٨٩) حيث أشارت إلى أن ترتيب الاحتياجات هو : ترتيب الاحتياجات الأسرية (تأمين مستقبل الطفل المعاق)، الحاجات المعرفية، الحاجات المرتبطة برعاية الطفل ثم الحاجات المرتبطة بالمجتمع، ثم الحاجات المادية، والدعم ومساندة الزوج تأتى فى المرتبة

الأخيرة. وتتفق مع ما توصل إليه عبد الغنى(٢٠٠٨) حيث أشار إلى أن ترتيب الاحتياجات جاء على النحو التالي:

١- الاحتياجات المعرفية. ٢- الدعم المادي.

٣- الدعم المتجمعي. ٤- الدعم الاجتماعي.

كما يواجه آباء الأطفال الصم المكفوفين ضغوط وتحديات إضافية فيما يتعلق باختيار أنماط الاتصال المناسبة مع الطفل وطريقة تعليمه وغيرها (Bat-Chave ,2007) وأعتقد أن هذه النتيجة لترتيب الاحتياجات لدى هؤلاء الأمهات فعلية وهذا ما أكدته الاخصائيات (الشريك) حيث أشارت الاخصائيات إلى أن الأمهات فى احتياج إلى معلومات حول الاعاقة وخصائص أطفالهن ومشكلاتهن وكيفية التواصل معهن، وأن الأمهات يعلمن جيدا أن الدعم المادى يجب أن يتم من خلال مؤسسات الدولة فهذه الفئة فى احتياج مادى شديد للتكلفة الباهظة سواء الأجهزة أو المواصلات والرعاية الطبية .....، وهم فعلا فى احتياج إلى الدعم سواء المجتمعى أو الإجتماعى فكثيرات منهن تتعرض للعديد من المواقف والمشكلات بسبب عدم وجود الدعم المجتمعى أو الاجتماعى لهن، ولا يمكننى أن أنسى بكاء إحدى الأمهات عند تذكرها لموقف سيدة مع ابنتها زقتها وقالت لها كتك الأرف طبعا السبب إن الصم المكفوفين يعتمدن على التواصل اللمسى ومش كل الناس تعى اعتمادهم الكلى فى التواصل على اللمس، وهناك أم أخرى ذكرت أنها فى بداية الأمر زهقت بسبب ما تعانيه مع الميكروباصات حيث أن سائقى الميكروباص لم يقدروا على تحمل ما يقوم به الطفل من خبط ورزع فى الزجاج فكانوا ينزلونها من السيارة، معلش يا ستى شوفى عربية تانية (كل ما ذكرت موجود فى خصائص الصم المكفوفين فى الجزء النظرى) .

الأساليب الاحصائية

اختبار كا٢، التحليل العاملى، معادلة ألفا – كرونباخ – اختبار Wilcoxon .

نتائج الدراسة

نتائج الفرض الأول

ينص الفرض الأول على أنه: توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين قبل وبعد التعرض للبرنامج الإرشادى على مقياس الضغوط النفسية في اتجاه القياس البعدى.

وللتحقق من صحة ذلك الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسن**Wilcoxon** لايجاد الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين قبل وبعد التعرض للبرنامج الإرشادى على مقياس الضغوط النفسية ، وقد جاءت النتائج على النحو التالى كما يتضح فى جدول (٩)

جدول (٩)

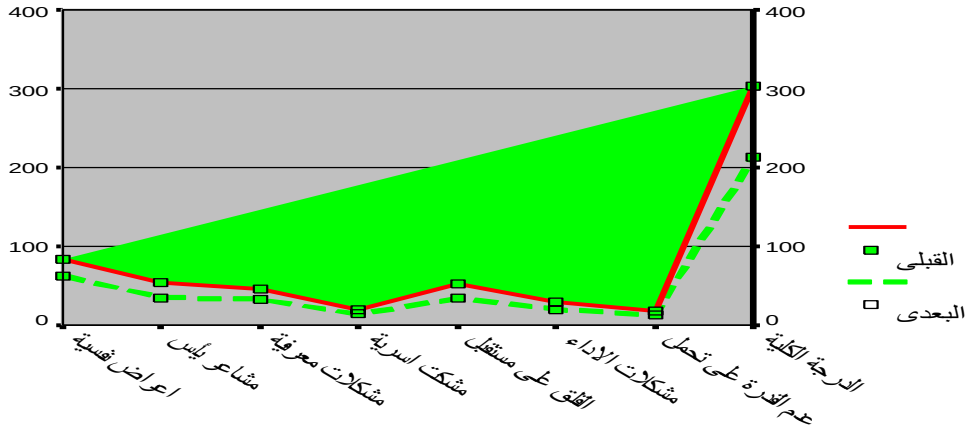
الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين قبل وبعد التعرض للبرنامج الإرشادى على مقياس الضغوط النفسية ن = ١٠

المتغيرات	القياس القبلى- البعدى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	z	الدلالة	اتجاه الدلالة
أعراض نفسية عضوية	الرتب السالبة	١٠	٥.٥	٥٥	٢.٨١٦	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس البعدى
	الرتب الموجبة	–	–	–			
	الرتب المتساوية	–					
	اجمالى	١٠					
مشاعر يأس واحباط	الرتب السالبة	١٠	٥.٤	٥٤	٢.٨١٠	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس البعدى
	الرتب الموجبة	–	–	–			
	الرتب المتساوية	–					
	اجمالى	١٠					
مشكلات معرفية ونفسية للطفل	الرتب السالبة	١٠	٥.٦	٥٦	٢.٨٢٥	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس البعدى
	الرتب الموجبة	–	–	–			
	الرتب المتساوية	–					
	اجمالى	١٠					
مشكلات أسرية وإجتماعية	الرتب السالبة	١٠	٥.٥	٥٥	٢.٨٤٢	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس البعدى
	الرتب الموجبة	–	–	–			
	الرتب المتساوية	–					
	اجمالى	١٠					
القلق على	الرتب السالبة	١٠	٥.٣	٥٣		دالة عند	فى اتجاه

المتغيرات	القياس القبلى- البعدى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	z	الدلالة	اتجاه الدلالة
مستقبل الطفل	الرتب الموجبة	–	–	–	٢.٨١٠	مستوى ٠.٠١	القياس البعدى
	الرتب المتساوية	–					
	اجمالى	١٠					
مشكلات الأداء الاستقلالى للطفل	الرتب السالبة	١٠	٥.٧	٥٧		دالة عند	فى اتجاه
	الرتب الموجبة	–	–	–	٢.٨٥٩	مستوى ٠.٠١	القياس
	الرتب المتساوية	–					البعدى
	اجمالى	١٠					
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	الرتب السالبة	١٠	٥.٤	٥٤		دالة عند	فى اتجاه
	الرتب الموجبة	–	–	–	٢.٨٣١	مستوى ٠.٠١	القياس
	الرتب المتساوية	–					البعدى
	اجمالى	١٠					
الدرجة الكلية للضغوط النفسية	الرتب السالبة	١٠	٥.٥	٥٥		دالة عند	فى اتجاه
	الرتب الموجبة	–	–	–	٢.٨١٦	مستوى ٠.٠١	القياس
	الرتب المتساوية	–					البعدى
	اجمالى	١٠					

Z = ٢.٥٨ عند مستوى ٠.٠١ **Z** = ١.٩٦ عند مستوى٠.٠٥

ويوضح شكل (٤) الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين قبل وبعد التعرض للبرنامج الإرشادى على مقياس الضغوط النفسية



شكل (٤)
الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال ذوى الإعاقة السمعية البصرية
قبل وبعد التعرض للبرنامج الإرشادى على مقياس الضغوط النفسية

كما قامت الباحثة بايجاد نسبة التحسن بين القياسين قبل وبعد التعرض للبرنامج الارشادى على مقياس الضغوط النفسية وقد جاءت النتائج على النحو التالى كما يتضح فى جدول (١٠)

جدول (١٠)
نسبة التحسن بين القياسين قبل وبعد التعرض للبرنامج
الإرشادى على مقياس الضغوط النفسية

المتغيرات	متوسط القياس القبلى	متوسط القياس البعدى	نسبة التحسن
أعراض نفسية عضوية	٨٢.٨٠	٦٢.٩٠	٣١.٦٤٪
مشاعر يأس واحباط	٥٤.٥٠	٣٥.٠٠	٥٥.٧٢٪
مشكلات معرفية ونفسية للطفل	٤٥.٧٠	٣٢.٧٠	٤٠.٦٣٪
مشكلات أسرية وإجتماعية	١٩.٣٠	١٤.١٠	٣٦.٨٨٪
القلق على مستقبل الطفل	٥٢.٧٠	٣٤.٣٠	٥٣.٦٥٪
مشكلات الأداء الاستقلالى للطفل	٣٠.٠٠	٢٠.٣٠	٤٧.٧٩٪
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	١٨.٣٠	١٣.٠٠	٤٠.٧٧٪
الدرجة الكلية للضغوط النفسية	٣٠٣.٧٠	٢١٢.٣٠	٤٣.٠٦٪

نتائج الفرض الثانى

ينص الفرض الثانى على انه: توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال الصم المكفوفين فى القياسين البعدى والتتبعى للبرنامج الإرشادى على مقياس الضغوط النفسية فى إتجاه القياس التتبعى.

وللتحقق من صحة ذلك الفرض، قامت الباحثة بإستخدام اختبار ولكوكسن Wilcoxon لايجاد الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال ذوى الإعاقة السمعية البصرية فى القياسين البعدى والتتبعى للبرنامج الإرشادى على مقياس الضغوط النفسية ، وقد جاءت النتائج على النحو التالى كما يتضح فى جدول (١١)

جدول (١١)

الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال الصم المكوفين قبل وبعد التعرض للبرنامج الإرشادى على مقياس الضغوط النفسية ن = ١٠

المتغيرات	القياس القبلى- البعدى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	z	الدلالة	اتجاه الدلالة
أعراض نفسية عضوية	الرتب السالبة	١٠	٥.٥	٥٥	٢.٨٣١	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس التتبعى
	الرتب الموجبة	–	–	–			
	الرتب المتساوية	–					
	اجمالى	١٠					
مشاعر يأس واحباط	الرتب السالبة	١٠	٥.٥	٥٥	٢.٨١٦	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس التتبعى
	الرتب الموجبة	–	–	–			
	الرتب المتساوية	–					
	اجمالى	١٠					
مشكلات معرفية ونفسية للطفل	الرتب السالبة	١٠	٥.٥	٥٥	٢.٨١٠	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس التتبعى
	الرتب الموجبة	–	–	–			
	الرتب المتساوية	–					
	اجمالى	١٠					
مشكلات أسرية	الرتب السالبة	٧	٤	٢٨	٢.٣٩٢	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس
	الرتب الموجبة	–	–	–			

المتغيرات	القياس القبلى- البعدى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	z	الدلالة	اتجاه الدلالة
وإجتماعية	الرتب المتساوية	٣					التتبعى
	اجمالى	١٠					
القلق على مستقبل الطفل	الرتب السالبة	١٠	٥.٥	٥٥	٢.٨٣١	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس التتبعى
	الرتب الموجبة	–	–	–			
	الرتب المتساوية	–					
	اجمالى	١٠					
مشكلات الأداء الاستقلالى للطفل	الرتب السالبة	١٠	٥.٥	٥٥	٢.٩١٩	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس التتبعى
	الرتب الموجبة	–	–	–			
	الرتب المتساوية	–					
	اجمالى	١٠					
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	الرتب السالبة	٦	٣.٥	٢١	٢.٢٢٠	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس التتبعى
	الرتب الموجبة	–	–	–			
	الرتب المتساوية	٤					
	اجمالى	١٠					
الدرجة الكلية للضغوط النفسية	الرتب السالبة	١٠	٥.٥	٥٥	٢.٨١٠	دالة عند مستوى ٠.٠١	فى اتجاه القياس التتبعى
	الرتب الموجبة	–	–	–			
	الرتب المتساوية	–					
	اجمالى	١٠					

Z= ٢.٥٨ عند مستوى ٠.٠١ **Z** = ١.٩٦ عند مستوى٠.٠٥

تفسير النتائج ومناقشتها

لقد أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج الارشادى في التخفيف من حدة الضغوط النفسية، واستمرار هذا بعد انتهاء البرنامج، وبذلك تدعم هذه الدراسة نتائج الدراسات السابقة التي تشير إلى

فاعلية البرامج الارشادية فى تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين واللاتي خضعن للجلسات الارشادية على مدار أربع وعشرين جلسة، اشتملت على تعليم مهارات حياتية، واستراتيجيات للتوافق الانفعالي، والاجتماعي، مع ضغوط الحياة اليومية، والمترتبة على العناية بطفل يعاني من الصمم والكفافة وذات متطلبات واحتياجات عالية وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة , Lederberg (2002) Hanhngam (2003) , Nolte (2011), Luterman (2008) , James (2013) , Yoon (2013) , ، غيث، المصري (٢٠١١)، ويمكن تفسير هذه النتيجة التي تم التو صل إليها في ضوء عدة أمور منها المشاركة في عضوية مجموعة إرشادية متجانسة من حيث الهدف، والخصائص مما أسهم في تحقيق فلسفة الانضمام للمجموعات الإرشادية والتى تهدف إلى تقوية الشعور لدى الأمهات بأن معاناتها رغم أنها فريدة ومتميزة إلا أن هناك العديد من الأمهات يعشن نفس الخبرة وأنها ليست الوحيدة التي تعيش هذه الخبرة ، كما أن ما تضمنه البرنامج الإرشادى من أساليب إرشادية وفنيات وأنشطة يمكن أن يزودنا بفهم مناسب لما تم التوصل إليه من نتيجة تشير إلى التخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الصم المكفوفين المشاركات في المجموعة الإرشادية؛ حيث تم الاستناد في إعداد البرنامج الارشادى على نتائج الدراسات السابقة (ذكرت ذلك مسبقا فى إعداد البرنامج الارشادى) التي أشارت إلى أفضل الاستراتيجيات فى التعامل مع أمهات الأطفال المعاقين حيث تمت الاستفادة من نتائجها التي تشير إلى أن استراتيجيات التفريغ الانفعالى والتعبير عن المشاعر، وحل المشكلات، والاسترخاء، والدعم الاجتماعي، والمساندة واستخدام النمذجة (المتمثل فى أمهات أخريات مرت بذات التجربة مع أبنائها) من الاستراتيجيات الأكثر فاعلية فى التخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين حيث إستندت الباحثة إلى ما توصلت إليه نتائج الدراسات المتعددة من أهمية إستخدام إستراتيجيات إيجابية للتخفيف من حدة الضغوط وكذلك تحسين التوافق ومنها دراسة (Green (2007 الذى توصل إلى أن إستخدام الإستراتيجيات الإيجابية في التعامل مع الضغوط يؤثر على خفض ضغوط آباء الأطفال، وبين Lustig (2002) أن تلك الأسر التي تتعامل مع حالة الأطفال الصم المكفوفين بطريقة إيجابية ويظنون في أنفسهم الكفاءة يكون لديهم توافق أسري أفضل (Barnett & Boyce , 2005)، وهذا ما حدث بعد الجلسات الخاصة بخبرات الأمهات فقد أثبتت الأمهات التى شاركت بخبراتها فى الجلسات أنها بعد مرور الوقت ووجود نتائج مع

الطفل حتى لو بطيئة فإنها تستشعر بالسعادة لما توصل إليه طفلها، وهذا كان دعم جيد لباقى الأمهات للتخفيف من مشاعر اليأس والإحباط ومحاولة تغيير روتين حياتها الذى من الممكن أن يختلف لو إستخدمت بعض الإستراتيجيات الأخرى سواء المعرفية، أو التعرف على خدمات مؤسسية أخرى تقدم لهذه الفئة، أو طرق تواصل وأجهزة لا تعى عنها شئ إلا بالإحتكاك والخبرة من خلال الجلسات، وأشارت معظم الدراسات أنه من خلال تلك الإستراتيجيات يمكن مساعدة الآباء على التغلب على الحزن ومواجهة ضغوط تنشئة طفل أصم كفيف. على سبيل المثال، شددت الدراسات على أهمية تعبير الآباء عن مشاعرهم الطبيعية ومساعدتهم على التنفيس عن ضغوطهم والعمل على مواجهتها، كما تشمل أبرز إستراتيجيات الدعم النفسي تنظيم جلسات العلاج النفسي وبرامج الإرشاد النفسي للآباء والتي تتعامل مع الاكتئاب، والقلق، وغيرها من المشكلات التي يمكن أن تنشأ كنتيجة طبيعية لزيادة الضغوط فضلاً عن دورها في إكساب الآباء بعض الطرق المفيدة في التعامل مع أطفالهم (Anthony et al , 2005)، كما تشمل الاستراتيجيات أيضاً تقديم الدعم الإجتماعي للآباء (Kurtzer-White & Luterman , 2003)، فمن الضروري مساعدة الآباء من خلال توفير الموارد التي تساعدهم على بناء نظام دعم مناسب، كما أن بناء الشبكات الإجتماعية التي تضم أسر الأطفال الصم المكفوفين لها أهمية كبيرة في زيادة تفهم الآباء للضغوط فضلاً عن المساعدة في التخلص من مشاعر العزلة والوحدة، وهذا ما حدث مع الأمهات بالفعل من خلال الجلسات، وظهرت نتيجته فى القياس التتبعى حيث استمرت فاعلية البرنامج وتبرر الباحثة ذلك بسبب شبكة العلاقات الإجتماعية والدعم الذى قدمته كل أم للأخرى وتبادل التليفونات والإتصالات بينهن، وإشباع بعض الإحتياجات المعرفية لديهن.

كما توضح نتائج العديد من البحوث أهمية خدمات التدخل المبكر في تخفيف ضغوط الآباء وتحسين صحتهم وتوافقهم النفسي العام، ويجب أن تكون برامج التدخل المبكر متمحورة حول الأسرة وتتضمن خدمات مثل الإرشاد الجماعي للآباء وباقي أفراد الأسرة فضلاً عن تعليم الآباء Moeller (2000)، وفيما يتعلق بإستراتيجيات التوافق مع الضغط الوالدي فقد أجرى Dukmak (2009) دراسة على عينة من آباء الأطفال الصم المكفوفين وتوصل من خلالها إلى أنهم يستخدمون الاستراتجيات المتمركزة حول الإنفعالات كالتعبير عن المشاعر والتي وجد

إرتباطها بالتكيف الأسري بالإضافة إلى إستخدام الإستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكلات هذا ما كانت تحاول الباحثة التأكيد عليه من خلال جلسات البرنامج الإرشادى مثل (جلسات المشكلات التى تتعرض لها أسرة الطفل ذوى الإعاقة وكيفية التغلب عليها، الضغوط النفسية لدى الأمهات، وعود الثقاب، ومشكلتى فى رسمتى، وبشر الصابرين " أيوب عليه السلام"، وصندوق المشاعر، وعن طريق السيكودراما). وإضافة إلى ما سبق ذكره فإن استخدام الباحثة لبعض الأساليب المستخدمة فى التدريب فى هذه الجلسات الارشادية كان بمثابة المحفز على المشاركة بدلاً من التلقي السلبي وذلك من خلال المناقشة والحوار، والعروض التقديمية للمحاضرات الخاصة بتعريفات الاعاقة السمعية البصرية وخصائص الصم والمكفوفين ومشكلاتهم واحتياجاتهم ،ولعب الأدوار، والواجبات المنزلية والمحاضرات، وتبادل الخبرات بين المشاركات والأمهات التى شاركت بخبرتهن عن أطفالهن والاخصائيات (الشريكات)، وهذا ما يمكن أن يفسر استمرار نتائج البحث والمتمثلة في التخفيف من حدة الضغوط النفسية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الارشادى .

توصيات الدراسة

١- ضرورة الاهتمام بالبرامج الإرشادية للتخفيف من حدة القلق والاكتئاب ، وتحسين جودة الحياة لدى والدى الأطفال الصم المكفوفين.

٢- ضرورة الاهتمام ببرامج تنمية مهارات التواصل لدى آباء الصم المكفوفين.

٣- استخدام المحاكاة كاستراتيجية لدعم التواصل بين الأطفال الصم المكفوفين وآباءهم.

المـــــراجـــــع

١- الاتحاد النوعي لهيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين (٢٠١٠). خصائص نمو الأطفال الصم المكفوفين
http://kenanaonline.com/users/FAD/topics/70429/most_visited_posts#http://kenanaonline.com/users/FAD/posts/191983

٢- أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة (٢٠١١). خصائص نمو الأطفال الصم المكفوفين. http://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=6954

٣- حماد ، عبد اللاه (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المهارات الوالدية لأمهات الطفل متعدد الإعاقة وعلاقته بالتواصل الإجتماعي لديه. رسالة ماجستير ،معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

٤- الخطيب ، جمال ؛ والحسن ، محمد (٢٠٠٠) . حاجات آباء الأطفال المعوقين وأمهاتهم في الأردن، مجلة دراسات العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، ٢٧ (١).

٥- الرشيدي ، هارون (١٩٩٩) . الضغوط النفسية (طبيعتها – نظرياتها) برنامج لمساعدة الذات في علاجها . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٦- الزهراني ، عبد العزيز (٢٠١١). مدي فاعلية برنامج إرشادي علي تخفيف الضغوط الوالدية وعلاقتها ببعض متغيرات شخصية الأطفال متعددي الإعاقة بالمملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

٧- الشخص ، عبد العزيز ؛ والسرطاوي ، زيدان (١٩٩٨) . بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعاقين ،العين : دار الكتاب الجامعي.

٨- الشخص ، عبد العزيز ؛ والسرطاوي ، زيدان (١٩٩٨) . دراسة احتياجات أولياء أمور المعوقين لمواجهة الضغوط النفسية . بحوث ودراسات وتوصيات المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة . المجلد الثاني، القاهرة.

٩- عبد الحفيظ ، سهير (٢٠١٠) . استخدام المدخل الاسكندنافي في تنمية التواصل لدى الأشخاص الصم المكفوفين وعلاقته بجودة الحياة كما تدركها أمهاتهم . رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

١٠- عبد الغني ، خالد (٢٠٠٨) . احتياجات وضغوط أسر ذوى الاحتياجات الخاصة .

القاهرة : مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع .

١١- عبد المعطي ، حسن (٢٠٠٦). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها . القاهرة : زهراء الشرق .

١٢- عواد ، فاطمة (٢٠٠٥). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى والدى المعاق سمعيا وعلاقتها بصتحه النفسية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٣- الغرير ، أحمد ؛ أبو أسعد أحمد . (٢٠٠٨). التعامل مع الضغوط النفسية . عمان: دار الشروق.

١٤- غيث ، سعاد ؛ المصري ، أناس (٢٠١١). فاعلية برنامج تدريبي معرفي – سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ٧ (٤)، ٣٠٣-٣٢٥ .

١٥- كاشف ، إيمان (٢٠٠٠). دراسة لبعض أنواع الضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية. مجلة كلية التربية بالزقازيق، ٣٦، ١٩٩-٢٥٣.

١٦- كاشف ، إيمان (٢٠٠٩). التربية الخاصة: مشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة وأساليب إرشادهم . القاهرة: دار الكتاب الحديث.

١٧- كامل ، سهير (٢٠١٢). التدخل المبكر وطفل ما قبل المدرسة. الرياض : مركز الطفولة خبراء التربية.

18- Alzaem, A, Sulaim,S. & Gillani,S.(2010). Assessment of the validity and reliability for a newly developed stress in academic life scale (SALS) for pharmacy undergraduates. International Journal of collaborative Research on Internal Medicine and Public Health, 2 (7), 239-256.

19- Anthony, L. , Anthony, B., Glanville, D. , Naiman, D. , Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. Infant and Child Development. 14(2), 133-154. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/icd.385/abstract

20- Bakhshipour , R. (2011). study of the relationship between satisfaction with life and social support with mental health in stu-

dents, Journal of Principles of Mental Health||. 27, 28.

21- Barnett, W & Boyce, G. (2005). Effects of children with Deaf-Blindness on parent's activities. American Journal on Mental retardation. 100,115–127.

22- Bat-Chave, Y. (2007). Diversity of deaf-BLINDNESS identities. American Annals of the Deaf. 145(5), 420-428.

23- Blacher, J. (1994). Placement and its consequences for families with children who have Deaf Blindness. In J. Blacher (Ed.), *When there's no place like home: Optionsfor children living apart from their natural families* , 213-244.

24- Chen, J, & Simeonsson, R.J, (1994): Child Disability and Family need in the Peoples Republic of China, International Journal of Rehabilitation Research, 17.

25- Chia, E.-M., Mitchell, P., Rochtchina, E., Foran, S., Golding, M., & Wang, J. J. (2006). Association between vision and hearing impairments and their combined effects on quality of life. *Archives of Ophthalmology, 124*, 1465–1470.

26- Deater-Deckard, K. (2004*). Parenting Stress*. New Haven and London: Yale University Press.

27- Dore ;H. (2001). Coping with stress.The Hamlyn; publishing group. London, p: 3.

28- Dukmak, S. (2009). Parent adaptation to and parenting satisfaction with children disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(4), 324-328.

29- Enerstvedt, R. (1996). *Legacy of the past: Those who are gone but have not left.* Dronninglund, Denmark: Forlaget Nord-Press.

30- Evert, H. Ethnic Families (1996): Their Children with Disabilities and their Child Care Needs. Australian Journal of Early Childhood, 21(3).

31- Fujiwara, T & Lee,C.(2008). Association of parental psychiatric morbidity with their altruistic behaviors and sense of obligation to children in the United States, Clinical Medicine: Psychiatry, 1, 25-35.

32- Green, S. (2007). We're tired not sad: benefits and burdens of mothering a child with a disability. Social Science & Medicine;

64,150–163.

33- Hadadion, A., & Merbler, J. (1995). Parents of Infants and Toddlers with Speech Needs: Sharing views of Desired Services, Infants-Toddlers Intervention, The Transdisciplinary Journal, 5(2).

34- Harada, S., Nishiwaki, Y., Michikawa, T., Kikuchi, Y., Iwasawa, S.,& Nakano, M. (2008). Gender difference in the relationships between vision and hearing impairments and negative well-being. *Preventive Medicine, 47,* 433– 437.

35- Hartley, S., Ojwang, P., Baguwemu, A., Ddamulira, M., & Chavuta, A.(2005). How do cares of disabled children cope? the Ugandan perspective‖ , Journal of child: care health and development; 31(2): 167–180.

36- Hassall, R., Rose, J.,& McDonald, J.(2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. Journal of Intellectual Disability Research, 49:405–418. http://uais.lzu.edu.cn/uploads/soft/20110811/18-110Q1100448.pdf

37- Hongngam, G. (2003) The effect of group counseling toward stress of parents autistic children. Masterthesis, University of Mahidol. Thailand

38- Jackson, B.(2004). Parental Coping Methods For Managing Stresses Experienced Following Out-Of-Home Placement Of A Child With Developmental Disabilities. MA thesis submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Maryland.

39- James, K. (2013). Deaf-Blindness in Early Childhood: Parental Stress and Coping Strategies. Deaf-blindness Resources, ED-0713.

40- Karp, N & Bradley, V. (1991). Family support. *Children Today, 20*(2), 28-32.

41- Kurtzer-White, E., & Luterman, D. (2003). Families and children with hearing loss : Grief and coping. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 9(4), 232-235.

42- Lederberg , A. (2002).Parenting stress and social support in hearing mothers of deaf and hearing children: A longitudinal study. Journal of Deaf Studies and Deaf Education ;7:330–345. [PubMed:

15451869]

43- Lustig, D.(2002). Family coping in families with a child with a disability. Education and Training in mental Retardation and Developmental Disabilities ; 37:14–22.

44- Luterman, D. (2008). Counseling Persons with Communication Disorders and Their Families (5th ed.). Austin, TX: Pro ed.

45- Mak, W.(2007). Caregiving perceptions of Chinese mothers of children with Sensual disability in Hong Kong. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities , 20:145–156.

46- Malloy, P. (2007). Children who are deaf-blind practice perspectives: Highlighting information on deaf-blindness. Monmouth, OR: National Consortium on Deaf- Blindness.

47- Meadow-Orlans, K. (1994).Stress, support and deafness: Perceptions of infants' mothers and fathers. Journal of Early Intervention ,18,91–102.

48- Moeller, M. (2000). Early Intervention and Language Development in Children Who Are Deaf-blinded and Hard of Hearing. Pediatrics, 106(3).

49- Moller, K. (2008). *Impact on participation and service for persons with deaf blindness.* Unpublished doctoral dissertation, University of Orebro, School of Health and Medical Science. Report , 26, Swedish Institute for Disability Research, Sweden.

50- Moore, M., Howard, V. & McLaughlin, T. (2002). Parents of children with Deaf Blindness: A review and analysis. International Journal of Special Education, 17(1).

51- National Consortium on Deaf-Blindness. (2009). *The 2008 National Child Count of Children and Youth who are Deaf-Blind.* Monmouth, OR: National Consortium on Deaf-Blindness.

52- Nolte, S.(2011) . The Importance Of Addressing Stress In Parents Of Deaf-Blind Children. MA thesis submitted for Washington University School of Medicine.

53- Noojn, A. (1997). Stress, self-appraised problemsolving ability, coping, and adjustment in mothers of children with physical disabilities. *A Dissertation* by The University of Alabama at

Birmingham..

54- Norwegian Association for the Deaf Blind (2007) . The Nordic Definition of deaf blindness [in Swedish]. Retrieved from http://www.nordicwelfare.org/ Omoss/Handikapp/Dovblinda

55- Olesen, B.,& Jansbol, K. (2005). Experiences From People With Deaf blindness: Main Features, Theories, Methods And Empirical Fundamentals Of I Interventions. Information Center for Acquired Deaf blindness, ISBN 87-990212-5-0.

56- Osborne, L., & Reed, P. (2010).stress and selfperceived parenting behaviors of parents with Deaf-Blindness. Research in Developmental Disabilities, 4,405-414.

57- Pipp-Siegel, S., Sedey, A. L., & Yoshinaga-Itano, C. (2002). Predictors of Parental Stress in Mothers of Young Children With Deaf-blondness. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7(1), 1 -17.

58- Plant, K & Sanders, M.(2007). Reducing problem behavior during care giving in families of preschool aged children with developmental disabili-ties. Journal of developmental disabilities ; 28(4):362-85 .http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16781115

59- Pottie, C., Cohen, J., & Ingram, K. (2009). Parenting a Child with autism: Contextual Factors Associated with Enhanced Daily Parental Mood. Journal of Pediatric Psychology, 43(4), 419-429.

60- Pritzlaff, A. (2001). Examining the coping strategies of parents who have children with disability. Master degree thesis. University of Wisconsin- stout. Menomonee, WI.54751.

61- Quittner ,A., Steck ,J.,& Rouiller, R.,(2007). Cochlear implants in children: A study of parental stress and adjustment. American Journal of Otology 12 Suppl.:95–104. [PubMed: 2069197]

62- Scorgie, K., Wilgosh, L.,& McDonald, L..(1998). Stress and coping in families of children with disabilities: An examination of recent literature. Developmental Disabilities Bulletin , 26(1) 22–42

63- Sontag, J. (1993): Parental Concerns for Infants and toddlers with special needs in rural urban countries of Arizona, Journal Special Education Quarterly, 12(1).

64- Stolarski, V. (2000). Stress Levels Experienced by Family Members of Visually and Hearing Impaired Children, Dissertation, United States, New York, Pages 171

65- Tamis-LeMonda, C., Uzgiris, I., & Bornstein, M. (2002). Play in parent-child interactions. In: Bornstein, MH., editor. Handbook of Parenting: Practical Issues in Parenting. 2nd ed.. Mawah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 221-241.

66- Upadhyaya , G..(2008). Stress in parents of the Deaf-Blind. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology , 34,53–55.

67- Westling, D. (2007). What parents of young children with Deaf Blindness want: The views of one community. *Focus on Developmental Disabilities, 12*(2), 67-78.

68- Yoon, A.(2013). The Role Of Social Support In Relation To Parenting Stress For Asian American Immigrant Parents Of Deaf-Blind Children. Doctorate in Social Work (DSW) Dissertations.

69- Zembat, K & Yields, M. (2010).Mothers of children with Deaf Blindness: Adaptation and stress processing. Children's Health Care, 29 (1), 19-35.

A Parental Guidance Program to reduce psychological stress upon mothers of deaf blind children

Prepared by Dr. Hend Ismail Imbaby Abdel Nabi(*)

Summary

The study aimed at reducing the psychological stress felt by mothers of deaf blind children. The research sample consisted of 10 mothers of deaf blind children. The researcher used a scale (developed by the researcher, El-Sartawy 1998) to measure the psychological stress felt by mothers of deaf blind children. The researcher prepared a guidance program to reduce the psychological stress which mothers of deaf and blind children felt.

The results showed that there were statistical differences in median ranks among mothers before and after program application on the psychological scale in the direction of post scale results. There were also statistical differences in median ranks among mothers in the post scale measures and follow up measures, in the direction of follow up stages of the guidance program.

The study recommends that research centers play special attention to deaf blind children. It also recommends that directed programs should be created for them in education departments in education faculties. Training should be given to workers in the field. Social and financial support should be provided to parents of deaf blind children.

Key words: guidance program – deaf blind children – psychological stress

Lecturer in Psychological studies Department – Faculty of Early Education – Cairo University

(*) Email: dr.hend_e@hotmail.com